

# Características de los planes: resumen de beneficios

En las tablas que aparecen en las siguientes páginas, se muestran ejemplos de los beneficios de cada plan. Consulte el diagrama a continuación para entender cómo interpretar estos cuadros.

## Resumen de cómo usar el cuadro

Resumen de beneficios		KP	Ofrecido por Kaiser Permanente
Kaiser Permanente - Silver 70 HMO Off Exchange		E	Ofrecido a través del intercambio de beneficios de salud
Tipo de plan	Con deducible		
Deducible anual de servicios médicos (individual/familiar)	\$5,200/\$10,400		
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$9,800/\$19,600		
<b>Beneficios</b>			
<b>Atención virtual</b>			
Consultas electrónicas, por chat, por correo electrónico, por teléfono y por video	Sin cargo		
<b>Atención preventiva</b>			
Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.	Sin cargo		
<b>Servicios para pacientes ambulatorios (por visita o procedimiento)</b>			
Visitas al consultorio de atención primaria	\$50		
Visitas al consultorio de atención especializada	\$90		
La mayoría de las radiografías	\$95		
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$50		
Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	\$325		
Cirugía ambulatoria	30 %		
Visita de salud mental	\$50		
<b>Atención para pacientes hospitalizados</b>			
Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	30 % después del deducible		
<b>Maternidad</b>			
Visitas rutinarias de atención prenatal y primera visita posparto	Sin cargo		
Parto y cuidados de bienestar infantil para pacientes hospitalizados	30 % después del deducible		
<b>Atención de emergencia y de urgencia</b>			
Visitas al departamento de emergencias	\$400		
Visitas de atención de urgencia	\$50		
<b>Medicamentos recetados (suministro para hasta 30 días)</b>			
Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$19*		
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$60 después del deducible de farmacia de \$50*		
Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 2)	\$60 después del deducible de farmacia de \$50*		
Medicamentos especializados (Nivel 4)	20 % después del deducible de farmacia de \$50, hasta \$250 por medicamento recetado		
<b>Salud integral</b>			
Servicios para mantenerse sano	La cobertura incluye Wellness Coaching by Phone (asesoría de bienestar por teléfono) para que los miembros de Kaiser Permanente reciban orientación personalizada sin costo por parte de un asesor de bienestar exclusivo, sin necesidad de una referencia. Para obtener más información, visite <a href="https://kp.org/WellnessCoaching">kp.org/WellnessCoaching</a> (haga clic en "Español").		

### Deducible anual

Debe pagar este monto antes de que su plan comience a pagar la mayoría de los servicios cubiertos. Con este plan de ejemplo, usted pagaría los cargos completos de los servicios cubiertos hasta que alcance \$5,200 para usted o \$10,400 para su familia. A partir de ese momento, comenzaría a pagar los copagos o el coseguro.

### Gasto máximo de bolsillo anual

Este es el monto máximo que usted pagará por atención durante el año calendario antes de que el plan comience a pagar el 100 % de la mayoría de los servicios cubiertos. En este ejemplo, nunca pagaría más de \$9,800 por usted ni más de \$19,600 por su familia en concepto de copagos, coseguro y deducible en un año calendario.

### Atención preventiva sin cargo

La mayoría de los servicios de atención preventiva, incluidos los exámenes físicos de rutina y las mamografías, están cubiertos sin cargo. Además, no están sujetos al deducible.

### Con cobertura antes de que alcance el deducible

Para algunos servicios, usted solamente pagará un copago o un coseguro, sin importar si ya alcanzó su deducible. Con este plan, las visitas de atención primaria están cubiertas por un copago de \$50, incluso antes de alcanzar su deducible. Con nuestros planes Silver con deducible, las visitas de atención primaria, atención especializada y atención de urgencia están cubiertas antes de que alcance el deducible.

### Coseguro

Después de alcanzar su deducible, este es un porcentaje de los cargos que podría pagar por los servicios cubiertos. En este caso, pagaría el 30 % del costo diario de su atención para pacientes hospitalizados después de que alcance su deducible. Su plan pagaría el resto hasta el fin del año calendario.

### Copago

Este es el monto fijo que paga por servicios cubiertos, en general después de que alcance su deducible. En este ejemplo, comenzaría a pagar un copago de \$50 por visitas de atención de urgencia, independientemente de que haya alcanzado su deducible o no.

\* Pedido por correo: suministro para hasta 100 días de medicamentos recetados autorizados por el costo de un suministro para 60 días.

- KP** Ofrecido por Kaiser Permanente
- E** Ofrecido a través del intercambio de beneficios de salud, Covered California

Hay opciones de asistencia financiera con copagos, coseguro y deducibles más bajos disponibles para determinados planes, así como para los nativos de Alaska y los nativos americanos, en [CoveredCA.com](https://www.coveredca.com).

Resumen de beneficios	<b>KP</b> Kaiser Permanente - Bronze 60 HMO 7500/0% PCP	<b>KP</b> <b>E</b> Kaiser Permanente - Bronze 60 HDHP HMO	<b>KP</b> <b>E</b> Kaiser Permanente - Bronze 60 HMO	<b>KP</b> Kaiser Permanente - Silver 70 HDHP HMO 3600/25% PCP
<b>Tipo de plan</b>	<b>Con deducible</b>	<b>Admite HSA</b>	<b>Admite HSA</b>	<b>Admite HSA</b>
Deducible anual de servicios médicos (individual/familiar)	\$7,500/\$15,000	\$7,200/\$14,400	\$5,800/\$11,600	\$3,600/\$7,200
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$7,500/\$15,000	\$7,200/\$14,400	\$9,800/\$19,600	\$7,800/\$15,600
<b>Beneficios</b>				
<b>Atención virtual</b>				
Consultas electrónicas, por chat, por correo electrónico, por teléfono y por video	Sin cargo	Consultas electrónicas y por correo electrónico: sin cargo; consultas por teléfono y por video: sin cargo después del deducible	Sin cargo	Consultas electrónicas y por correo electrónico: sin cargo; consultas por teléfono y por video: sin cargo después del deducible
<b>Atención preventiva</b>				
Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
<b>Servicios para pacientes ambulatorios (por visita o procedimiento)</b>				
Visitas al consultorio de atención primaria	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	\$60	25 % después del deducible
Visitas al consultorio de atención especializada	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	Primeras 3 visitas: \$95 <sup>‡</sup> ; visitas adicionales: \$95 después del deducible	25 % después del deducible
La mayoría de las radiografías	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	40 % después del deducible	25 % después del deducible
La mayoría de las pruebas de laboratorio	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	\$50	25 % después del deducible
Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	40 % después del deducible	25 % después del deducible
Cirugía ambulatoria	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	40 % después del deducible	25 % después del deducible
Visita de salud mental	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	Sin cargo	25 % después del deducible
<b>Atención para pacientes hospitalizados</b>				
Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	40 % después del deducible	25 % después del deducible
<b>Maternidad</b>				
Visitas rutinarias de atención prenatal y primera visita posparto	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Parto y cuidados de bienestar infantil para pacientes hospitalizados	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	40 % después del deducible	25 % después del deducible
<b>Atención de emergencia y de urgencia</b>				
Visitas al departamento de emergencias	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	40 % después del deducible	25 % después del deducible
Visitas de atención de urgencia	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	\$60	25 % después del deducible
<b>Medicamentos recetados (suministro para hasta 30 días)</b>				
Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$20*	Sin cargo después del deducible	\$20*	25 % después del deducible, hasta \$250 por medicamento recetado
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	40 % después del deducible de farmacia de \$450, hasta \$500 por medicamento recetado	25 % después del deducible, hasta \$250 por medicamento recetado
Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 2)	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	40 % después del deducible de farmacia de \$450, hasta \$500 por medicamento recetado	25 % después del deducible, hasta \$250 por medicamento recetado
Medicamentos especializados (Nivel 4)	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	40 % después del deducible de farmacia de \$450, hasta \$500 por medicamento recetado	25 % después del deducible, hasta \$250 por medicamento recetado
<b>Salud integral</b>				
Servicios para mantenerse sano	La cobertura incluye Wellness Coaching by Phone (asesoría de bienestar por teléfono) para que los miembros de Kaiser Permanente reciban orientación personalizada sin costo por parte de un asesor de bienestar exclusivo, sin necesidad de una referencia. Para obtener más información, visite <a href="https://kp.org/WellnessCoaching">kp.org/WellnessCoaching</a> (haga clic en "Español").			

‡ El plan Kaiser Permanente Bronze 60 HMO incluye 3 visitas al consultorio de atención especializada por el copago del beneficio antes de que alcance el deducible.

\* Pedido por correo: suministro para hasta 100 días de medicamentos recetados autorizados por el costo de un suministro para 60 días.

Este resumen del plan destaca los beneficios, los copagos, el coseguro y los deducibles sobre los que más se consulta. Consulte el *Acuerdo de Membresía, Evidencia de Cobertura y Formulario de Revelación Combinados (Evidence of Coverage, EOC)* para conocer todos los detalles sobre su plan o las limitaciones y exclusiones específicas. Para solicitar una copia de la EOC, visite [kp.org/plandocuments](https://kp.org/plandocuments) (en inglés), llámenos al 1-800-464-4000 (TTY 711) o comuníquese con su corredor de seguros.

- KP** Ofrecido por Kaiser Permanente
- E** Ofrecido a través del intercambio de beneficios de salud, Covered California

Hay opciones de asistencia financiera con copagos, coseguro y deducibles más bajos disponibles para determinados planes, así como para los nativos de Alaska y los nativos americanos, en [CoveredCA.com](https://www.coveredca.com).

Resumen de beneficios	<b>KP</b> Kaiser Permanente - Silver 70 HMO Off Exchange	<b>E</b> Kaiser Permanente - Silver 70 HMO	<b>KP</b> Kaiser Permanente - Silver 70 HMO 2850/50 PCP
Tipo de plan	Con deducible	Con deducible	Con deducible
Deducible anual de servicios médicos (individual/familiar)	\$5,200/\$10,400	\$5,200/\$10,400	\$2,850/\$5,700
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$9,800/\$19,600	\$9,800/\$19,600	\$8,900/\$17,800
<b>Beneficios</b>			
<b>Atención virtual</b>			
Consultas electrónicas, por chat, por correo electrónico, por teléfono y por video	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
<b>Atención preventiva</b>			
Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
<b>Servicios para pacientes ambulatorios (por visita o procedimiento)</b>			
Visitas al consultorio de atención primaria	\$50	\$50	\$50
Visitas al consultorio de atención especializada	\$90	\$90	\$80
La mayoría de las radiografías	\$95	\$95	\$70 después del deducible
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$50	\$50	\$30 después del deducible
Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	\$325	\$325	\$350 después del deducible
Cirugía ambulatoria	30 %	30 %	\$400 después del deducible
Visita de salud mental	\$50	\$50	\$50
<b>Atención para pacientes hospitalizados</b>			
Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	30 % después del deducible	30 % después del deducible	35 % después del deducible
<b>Maternidad</b>			
Visitas rutinarias de atención prenatal y primera visita posparto	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Parto y cuidados de bienestar infantil para pacientes hospitalizados	30 % después del deducible	30 % después del deducible	35 % después del deducible
<b>Atención de emergencia y de urgencia</b>			
Visitas al departamento de emergencias	\$400	\$400	\$350 después del deducible
Visitas de atención de urgencia	\$50	\$50	\$50
<b>Medicamentos recetados (suministro para hasta 30 días)</b>			
Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$19*	\$19*	\$20*
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$60 después del deducible de farmacia de \$50*	\$60 después del deducible de farmacia de \$50*	\$75 después del deducible de farmacia de \$450*
Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 2)	\$60 después del deducible de farmacia de \$50*	\$60 después del deducible de farmacia de \$50*	\$75 después del deducible de farmacia de \$450*
Medicamentos especializados (Nivel 4)	20 % después del deducible de farmacia de \$50, hasta \$250 por medicamento recetado	20 % después del deducible de farmacia de \$50, hasta \$250 por medicamento recetado	35 % después del deducible de farmacia de \$450, hasta \$250 por medicamento recetado
<b>Salud integral</b>			
Servicios para mantenerse sano	La cobertura incluye Wellness Coaching by Phone (asesoría de bienestar por teléfono) para que los miembros de Kaiser Permanente reciban orientación personalizada sin costo por parte de un asesor de bienestar exclusivo, sin necesidad de una referencia. Para obtener más información, visite <a href="https://kp.org/WellnessCoaching">kp.org/WellnessCoaching</a> (haga clic en "Español").		El beneficio de la visión para adultos incluye un examen anual de los ojos con un crédito para anteojos de \$175 que puede usarse cada 24 meses. La cobertura incluye Wellness Coaching by Phone (asesoría de bienestar por teléfono) para que los miembros de Kaiser Permanente reciban orientación personalizada sin costo por parte de un asesor de bienestar exclusivo, sin necesidad de una referencia. Para obtener más información, visite <a href="https://kp.org/WellnessCoaching">kp.org/WellnessCoaching</a> (haga clic en "Español").

\* Pedido por correo: suministro para hasta 100 días de medicamentos recetados autorizados por el costo de un suministro para 60 días.

Este resumen del plan destaca los beneficios, los copagos, el coseguro y los deducibles sobre los que más se consulta. Consulte el *Acuerdo de Membresía, Evidencia de Cobertura y Formulario de Revelación Combinados (Evidence of Coverage, EOC)* para conocer todos los detalles sobre su plan o las limitaciones y exclusiones específicas. Para solicitar una copia de la EOC, visite [kp.org/plandocuments](https://kp.org/plandocuments) (en inglés), llámenos al 1-800-464-4000 (TTY 711) o comuníquese con su corredor de seguros.

**KP** Ofrecido por Kaiser Permanente  
**E** Ofrecido a través del intercambio de beneficios de salud, Covered California

Hay opciones de asistencia financiera con copagos, coseguro y deducibles más bajos disponibles para determinados planes, así como para los nativos de Alaska y los nativos americanos, en [CoveredCA.com](https://www.coveredca.com).

Resumen de beneficios	<b>KP</b> Kaiser Permanente - Gold 80 HMO 750/35 PCP	<b>KP</b> Kaiser Permanente - Gold 80 HDHP HMO 2250/15% PCP	<b>KP</b> <b>E</b> Kaiser Permanente - Gold 80 HMO
Tipo de plan	Con deducible	Con deducible	Con copago
Deducible anual de servicios médicos (individual/familiar)	\$750/\$1,500	\$2,250 (individual)/\$3,400 (individual en familia)/\$4,500 (familia)**	Ninguno/Ninguno
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$9,200/\$18,400	\$5,000/\$10,000	\$9,200/\$18,400
<b>Beneficios</b>			
<b>Atención virtual</b>			
Consultas electrónicas, por chat, por correo electrónico, por teléfono y por video	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
<b>Atención preventiva</b>			
Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
<b>Servicios ambulatorios</b>			
Visitas al consultorio de atención primaria	\$35	15 % después del deducible	\$40
Visitas al consultorio de atención especializada	\$65	15 % después del deducible	\$70
La mayoría de las radiografías	\$75	15 % después del deducible	\$75
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$40	15 % después del deducible	\$40
Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	\$100 después del deducible	15 % después del deducible	\$75
Cirugía ambulatoria	\$350 después del deducible	15 % después del deducible	\$190
Visita de salud mental	\$35	15 % después del deducible	\$40
<b>Atención para pacientes hospitalizados</b>			
Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	25 % después del deducible	15 % después del deducible	\$375 por día hasta 5 días**
<b>Maternidad</b>			
Visitas rutinarias de atención prenatal y primera visita posparto	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Parto y cuidados de bienestar infantil para pacientes hospitalizados	25 % después del deducible	15 % después del deducible	\$375 por día hasta 5 días**
<b>Atención de emergencia y de urgencia</b>			
Visitas al departamento de emergencias	\$250 después del deducible	15 % después del deducible	\$350
Visitas de atención de urgencia	\$35	15 % después del deducible	\$40
<b>Medicamentos recetados (suministro para hasta 30 días)</b>			
Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$20*	15 % después del deducible, hasta \$250 por medicamento recetado	\$18*
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$55*	15 % después del deducible, hasta \$250 por medicamento recetado	\$60*
Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 2)	\$55*	15 % después del deducible, hasta \$250 por medicamento recetado	\$60*
Medicamentos especializados (Nivel 4)	25 %, hasta \$250 por medicamento recetado	15 % después del deducible, hasta \$250 por medicamento recetado	20 %, hasta \$250 por medicamento recetado
<b>Salud integral</b>			
Servicios para mantenerse sano	<p>El beneficio de la visión para adultos incluye un examen anual de los ojos con un crédito para anteojos de \$175 que puede usarse cada 24 meses. 20 visitas combinadas de atención quiropráctica y acupuntura al año por \$15 cada visita. Cobertura para artículos de equipo médico duradero suplementario por un costo compartido del 20 % después del deducible, hasta \$2,000 anuales. La cobertura incluye Wellness Coaching by Phone (asesoría de bienestar por teléfono) para que los miembros de Kaiser Permanente reciban orientación personalizada sin costo por parte de un asesor de bienestar exclusivo, sin necesidad de una referencia. Para obtener más información, visite <a href="https://kp.org/WellnessCoaching">kp.org/WellnessCoaching</a> (haga clic en "Español").</p> <p>La cobertura incluye Wellness Coaching by Phone (asesoría de bienestar por teléfono) para que los miembros de Kaiser Permanente reciban orientación personalizada sin costo por parte de un asesor de bienestar exclusivo, sin necesidad de una referencia. Para obtener más información, visite <a href="https://kp.org/WellnessCoaching">kp.org/WellnessCoaching</a> (haga clic en "Español").</p>		

\* Pedido por correo: suministro para hasta 100 días de medicamentos recetados autorizados por el costo de un suministro para 60 días.

\*\* Después de 5 días, los servicios cubiertos relacionados con esta hospitalización no tienen cargo.

‡ Si es la única persona que solicita este plan, debe alcanzar el deducible individual de \$2,250. Sin embargo, cuando la cobertura incluye a 2 o más familiares, cada persona es responsable de un deducible de \$3,400, a menos que los gastos acumulados antes alcancen el deducible familiar de \$4,500.

Este resumen del plan destaca los beneficios, los copagos, el coseguro y los deducibles sobre los que más se consulta. Consulte el *Acuerdo de Membresía, Evidencia de Cobertura y Formulario de Revelación Combinados (Evidence of Coverage, EOC)* para conocer todos los detalles sobre su plan o las limitaciones y exclusiones específicas. Para solicitar una copia de la EOC, visite [kp.org/plandocuments](https://kp.org/plandocuments) (en inglés), llámenos al 1-800-464-4000 (TTY 711) o comuníquese con su corredor de seguros.

- KP** Ofrecido por Kaiser Permanente
- E** Ofrecido a través del intercambio de beneficios de salud, Covered California

Hay opciones de asistencia financiera con copagos, coseguro y deducibles más bajos disponibles para determinados planes, así como para los nativos de Alaska y los nativos americanos, en [CoveredCA.com](https://www.coveredca.com).

Resumen de beneficios	<b>KP</b> <b>E</b> Kaiser Permanente - Gold 80 HMO Coinsurance	<b>KP</b> Kaiser Permanente - Gold 80 HMO 0/30 PCP	<b>KP</b> <b>E</b> Kaiser Permanente - Platinum 90 HMO	<b>KP</b> <b>E</b> Kaiser Permanente - Minimum Coverage HMO <sup>††</sup>
Tipo de plan	Con copago	Con copago	Con copago	Admite HSA
Deducible anual de servicios médicos (individual/familiar)	Ninguno/Ninguno	Ninguno/Ninguno	Ninguno/Ninguno	\$10,600/\$21,200
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$9,200/\$18,400	\$7,800/\$15,600	\$5,000/\$10,000	\$10,600/\$21,200
<b>Beneficios</b>				
<b>Atención virtual</b>				
Consultas electrónicas, por chat, por correo electrónico, por teléfono y por video	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
<b>Atención preventiva</b>				
Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
<b>Servicios para pacientes ambulatorios (por visita o procedimiento)</b>				
Visitas al consultorio de atención primaria	\$40	\$30	\$15	Primeras 3 visitas al consultorio: sin cargo;*** visitas adicionales: sin cargo después del deducible
Visitas al consultorio de atención especializada	\$70	\$70	\$30	Sin cargo después del deducible
La mayoría de las radiografías	\$75	\$60	\$30	Sin cargo después del deducible
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$40	\$40	\$15	Sin cargo después del deducible
Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	25 %	\$250	\$75	Sin cargo después del deducible
Cirugía ambulatoria	30 %	\$350	\$95	Sin cargo después del deducible
Visita de salud mental	\$40	\$30	\$15	Sin cargo
<b>Atención para pacientes hospitalizados</b>				
Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	30 %	\$600 por día hasta 5 días**	\$225 por día hasta 5 días**	Sin cargo después del deducible
<b>Maternidad</b>				
Visitas rutinarias de atención prenatal y primera visita posparto	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Parto y cuidados de bienestar infantil para pacientes hospitalizados	30 %	\$600 por día hasta 5 días**	\$225 por día hasta 5 días**	Sin cargo después del deducible
<b>Atención de emergencia y de urgencia</b>				
Visitas al departamento de emergencias	\$350	\$325	\$175	Sin cargo después del deducible
Visitas de atención de urgencia	\$40	\$30	\$15	Primeras 3 visitas al consultorio: sin cargo;*** visitas adicionales: sin cargo después del deducible
<b>Medicamentos recetados (suministro para hasta 30 días)</b>				
Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$18*	\$20*	\$9*	Sin cargo después del deducible
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$60*	\$50*	\$16*	Sin cargo después del deducible
Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 2)	\$60*	\$50*	\$16*	Sin cargo después del deducible
Medicamentos especializados (Nivel 4)	20 %, hasta \$250 por medicamento recetado	20 %, hasta \$250 por medicamento recetado	10 %, hasta \$250 por medicamento recetado	Sin cargo después del deducible
<b>Salud integral</b>				
Servicios para mantenerse sano	La cobertura incluye Wellness Coaching by Phone (asesoría de bienestar por teléfono) para que los miembros de Kaiser Permanente reciban orientación personalizada sin costo por parte de un asesor de bienestar exclusivo, sin necesidad de una referencia. Para obtener más información, visite <a href="https://kp.org/WellnessCoaching">kp.org/WellnessCoaching</a> (haga clic en "Español").	El beneficio de la visión para adultos incluye un examen anual de los ojos con un crédito para anteojos de \$175 que puede usarse cada 24 meses. 20 visitas combinadas de atención quiropráctica y acupuntura al año por \$15 cada visita. Cobertura para artículos de equipo médico duradero suplementario por un costo compartido del 20 % después del deducible, hasta \$2,000 anuales. La cobertura incluye Wellness Coaching by Phone (asesoría de bienestar por teléfono) para que los miembros de Kaiser Permanente reciban orientación personalizada sin costo por parte de un asesor de bienestar exclusivo, sin necesidad de una referencia. Para obtener más información, visite <a href="https://kp.org/WellnessCoaching">kp.org/WellnessCoaching</a> (haga clic en "Español").	La cobertura incluye Wellness Coaching by Phone (asesoría de bienestar por teléfono) para que los miembros de Kaiser Permanente reciban orientación personalizada sin costo por parte de un asesor de bienestar exclusivo, sin necesidad de una referencia. Para obtener más información, visite <a href="https://kp.org/WellnessCoaching">kp.org/WellnessCoaching</a> (haga clic en "Español").	

\* Pedido por correo: suministro para hasta 100 días de medicamentos recetados autorizados por el costo de un suministro para 60 días.

\*\* Después de 5 días, los servicios cubiertos relacionados con esta hospitalización no tienen cargo.

†† Únicamente los solicitantes menores de 30 años o los solicitantes mayores de 30 años que presenten un certificado de Covered California en el cual demuestren dificultades económicas o la falta de una cobertura asequible pueden adquirir un plan Minimum Coverage HMO.

\*\*\* El plan Kaiser Permanente Minimum Coverage HMO incluye 3 visitas al consultorio sin cargo antes de que alcance el deducible. Las visitas al consultorio incluyen atención primaria y de urgencia.

Este resumen del plan destaca los beneficios, los copagos, el coseguro y los deducibles sobre los que más se consulta. Consulte el *Acuerdo de Membresía, Evidencia de Cobertura y Formulario de Revelación Combinados (Evidence of Coverage, EOC)* para conocer todos los detalles sobre su plan o las limitaciones y exclusiones específicas. Para solicitar una copia de la EOC, visite [kp.org/plandocuments](https://kp.org/plandocuments) (en inglés), llámenos al 1-800-464-4000 (TTY 711) o comuníquese con su corredor de seguros.

**E** Ofrecido a través del intercambio de beneficios de salud, Covered California

## Planes de reducción del costo compartido

Debe cumplir con los requisitos e inscribirse en los planes de reducción del costo compartido (*cost share reduction*, CSR) en esta página a través de Covered California.

Resumen de beneficios	<b>E</b> Kaiser Permanente - Silver 73 HMO	<b>E</b> Kaiser Permanente - Silver 87 HMO	<b>E</b> Kaiser Permanente - Silver 94 HMO
Tipo de plan	Con copago	Con copago	Con copago
Deducible anual de servicios médicos (individual/familiar)	\$5,200/\$10,400	\$1,400/\$2,800	Ninguno/Ninguno
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$8,100/\$16,200	\$3,350/\$6,700	\$1,400/\$2,800
<b>Beneficios</b>			
<b>Atención virtual</b>			
Consultas electrónicas, por chat, por correo electrónico, por teléfono y por video	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
<b>Atención preventiva</b>			
Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
<b>Servicios para pacientes ambulatorios (por visita o procedimiento)</b>			
Visitas al consultorio de atención primaria	\$50	\$15	\$5
Visitas al consultorio de atención especializada	\$90	\$25	\$8
La mayoría de las radiografías	\$95	\$50	\$10
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$50	\$30	\$10
Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	\$325	\$100	\$50
Cirugía ambulatoria	30 %	20 %	10 %
Visita de salud mental	\$50	\$15	\$5
<b>Atención para pacientes hospitalizados</b>			
Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	30 % después del deducible	20 % después del deducible	10 %
<b>Maternidad</b>			
Visitas rutinarias de atención prenatal y primera visita posparto	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Parto y cuidados de bienestar infantil para pacientes hospitalizados	30 % después del deducible	20 % después del deducible	10 %
<b>Atención de emergencia y de urgencia</b>			
Visitas al departamento de emergencias	\$400	\$200	\$50
Visitas de atención de urgencia	\$50	\$15	\$5
<b>Medicamentos recetados (suministro para hasta 30 días)</b>			
Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$19*	\$8*	\$3*
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$55 después del deducible de farmacia de \$50*	\$25 después del deducible de farmacia de \$50*	\$10*
Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 2)	\$55 después del deducible de farmacia de \$50*	\$25 después del deducible de farmacia de \$50*	\$10*
Medicamentos especializados (Nivel 4)	20 % después del deducible de farmacia de \$50, hasta \$250 por medicamento recetado	15 % después del deducible de farmacia de \$50, hasta \$150 por medicamento recetado	10 %, hasta \$150 por medicamento recetado
<b>Salud integral</b>			
Servicios para mantenerse sano	La cobertura incluye Wellness Coaching by Phone (asesoría de bienestar por teléfono) para que los miembros de Kaiser Permanente reciban orientación personalizada sin costo por parte de un asesor de bienestar exclusivo, sin necesidad de una referencia. Para obtener más información, visite <a href="https://kp.org/WellnessCoaching">kp.org/WellnessCoaching</a> (haga clic en "Español").		

\* Pedido por correo: suministro para hasta 100 días de medicamentos recetados autorizados por el costo de un suministro para 60 días.

Este resumen del plan destaca los beneficios, los copagos, el coseguro y los deducibles sobre los que más se consulta. Consulte el *Acuerdo de Membresía, Evidencia de Cobertura y Formulario de Revelación Combinados (Evidence of Coverage, EOC)* para conocer todos los detalles sobre su plan o las limitaciones y exclusiones específicas. Para solicitar una copia de la EOC, visite [kp.org/plandocuments](https://kp.org/plandocuments) (en inglés), llámenos al 1-800-464-4000 (TTY 711) o comuníquese con su corredor de seguros.