

## Gold 80 HMO 250/35 PCP + Child Dental\*

Para las fechas de vigencia del 1 de enero al 1 de diciembre de 2026

### Beneficios principales para Kaiser Permanente for Small Business

#### Periodo de Acumulación

El Periodo de Acumulación para este plan es del 1 de enero al 31 de diciembre.

#### Gastos Máximos de Bolsillo y Deducibles

En el caso de los Servicios que correspondan al Gasto Máximo de Bolsillo del Plan, usted no pagará ningún Costo Compartido por el resto del Periodo de Acumulación una vez que haya alcanzado los montos que aparecen a continuación.

En el caso de los Servicios sujetos al Deducible del Plan o al Deducible de Medicamentos, usted debe pagar los Cargos por los Servicios cubiertos que reciba durante el Periodo de Acumulación hasta que alcance los montos del deducible que se muestran a continuación. Todos los pagos que usted haga de los deducibles se aplican a los montos del Gasto Máximo de Bolsillo del Plan que se muestran a continuación.

Monto por Periodo de Acumulación	Cobertura Individual (Familia de un Miembro)	Cobertura Familiar Cada Miembro de una Familia de dos o más integrantes	Cobertura Familiar Familia completa de dos o más Miembros
Gasto Máximo de Bolsillo del Plan	\$7,800 <sup>1</sup>	\$7,800 <sup>1</sup>	\$15,600 <sup>1</sup>
Deducible del Plan	\$250 <sup>1</sup>	\$250 <sup>1</sup>	\$500 <sup>1</sup>
Deducible de Medicamentos	Ninguna	Ninguna	Ninguna

#### Visitas al Consultorio de un Proveedor del Plan

La mayoría de las Consultas de Atención Primaria y de las Consultas a Especialistas No Médicos .....

La mayoría de las Consultas a Especialistas Médicos .....

Exámenes físicos de rutina, incluidos los destinados al bienestar de la mujer.....

Exámenes preventivos de bienestar infantil (hasta los 23 meses) .....

Exámenes rutinarios de la vista con un Optometrista del Plan .....

Consultas, exámenes y tratamientos de atención de urgencia.....

La mayoría de las terapias físicas, ocupacionales y del habla .....

#### Usted Paga

\$35 por consulta (no se aplica el Deducible del Plan)

\$55 por consulta (no se aplica el Deducible del Plan)

Sin cargo (no se aplica el Deducible del Plan)

Sin cargo (no se aplica el Deducible del Plan)

Sin cargo (no se aplica el Deducible del Plan)

\$35 por consulta (no se aplica el Deducible del Plan)

\$35 por consulta (no se aplica el Deducible del Plan)

#### Consultas de Telesalud

Consultas de Atención Primaria y Consultas a Especialistas

No Médicos por video interactivo o teléfono.....

Consultas a Especialistas Médicos por video interactivo o teléfono.....

#### Usted Paga

Sin cargo (no se aplica el Deducible del Plan)

Sin cargo (no se aplica el Deducible del Plan)

#### Servicios para Pacientes Ambulatorios

Cirugía ambulatoria y otros procedimientos ambulatorios específicos ..

Administración de la mayoría de las vacunas (incluida la vacuna).....

La mayoría de las radiografías .....

La mayoría de los análisis de laboratorio .....

Radiografías, pruebas de detección y análisis de laboratorio

preventivos, como se describe en la EOC.....

Imágenes por resonancia magnética, la mayoría de las tomografías

computarizadas y tomografías por emisión de positrones.....

#### Usted Paga

\$335 por procedimiento una vez aplicado el Deducible del Plan

Sin cargo (no se aplica el Deducible del Plan)

\$55 por consulta (no se aplica el Deducible del Plan)

\$35 por consulta (no se aplica el Deducible del Plan)

Sin cargo (no se aplica el Deducible del Plan)

\$250 por procedimiento una vez aplicado el Deducible del Plan

#### Servicios para Pacientes Hospitalizados

Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, análisis de laboratorio y medicamentos .....

#### Usted Paga

\$600 por día hasta un máximo de \$3,000 por hospitalización después del Deducible del Plan

#### Servicios de Emergencia

Visitas en el Departamento de Emergencias .....

#### Usted Paga

\$250 por consulta una vez aplicado el Deducible del Plan

Nota: Si lo ingresan directamente al hospital como paciente hospitalizado para los Servicios cubiertos, pagará el Costo Compartido para pacientes hospitalizados en lugar del Costo Compartido del Departamento de Emergencias (consulte "Servicios para Pacientes Hospitalizados" a fin de conocer el Costo Compartido para pacientes hospitalizados).

#### Servicios de Ambulancia

Servicios de Ambulancia .....

#### Usted Paga

\$250 por viaje después del Deducible del Plan

**Cobertura de Medicamentos Recetados**

Medicamentos cubiertos para pacientes ambulatorios de acuerdo con las pautas de la lista de medicamentos cubiertos:

La mayoría de los medicamentos genéricos (nivel 1) en una Farmacia del Plan .....

**Usted Paga**

\$15 para un suministro de hasta 30 días (no se aplica el Deducible del Plan)

La mayoría de las renovaciones de medicamentos genéricos (nivel 1) por medio de nuestro servicio de pedidos por correo .....

\$30 para un suministro de hasta 100 días (no se aplica el Deducible del Plan)

La mayoría de los medicamentos de marca (nivel 2) en una Farmacia del Plan .....

\$40 para un suministro de hasta 30 días (no se aplica el Deducible del Plan)

La mayoría de las renovaciones de medicamentos de marca (nivel 2) por medio de nuestro servicio de pedidos por correo .....

\$80 para un suministro de hasta 100 días (no se aplica el Deducible del Plan)

La mayoría de los medicamentos especializados (nivel 4) en una Farmacia del Plan .....

Coseguro del 20 % (no debe ser mayor de \$250) para un suministro de hasta 30 días (no se aplica el Deducible del Plan)

**Equipo Médico Duradero (DME)**

Otros artículos básicos de DME, tal como se describe en esta EOC ....

**Usted Paga**

Coseguro del 20 % (no se aplica el Deducible del Plan)

Artículos adicionales de DME hasta un límite de beneficio de \$2,000 por Periodo de Acumulación, como se describe en la EOC .....

Coseguro del 20 % después del Deducible del Plan

**Servicios de Salud Mental**

Hospitalización psiquiátrica .....

**Usted Paga**

\$600 por día hasta un máximo de \$3,000 por hospitalización después del Deducible del Plan

Evaluación y tratamiento de salud mental para pacientes ambulatorios .....

\$35 por consulta (no se aplica el Deducible del Plan)

**Tratamiento del Trastorno por Abuso de Sustancias**

Desintoxicación para pacientes hospitalizados .....

**Usted Paga**

\$600 por día hasta un máximo de \$3,000 por hospitalización después del Deducible del Plan

Evaluación y tratamiento de trastornos por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios .....

\$35 por consulta (no se aplica el Deducible del Plan)

**Servicios de Salud a Domicilio**

Atención médica a domicilio (hasta 100 consultas por Periodo de Acumulación) .....

**Usted Paga**

\$30 por consulta (no se aplica el Deducible del Plan)

**Otro**

Anteojos o lentes de contacto para Miembros Pediátricos:

**Usted Paga**

Un par de anteojos completos (armazones y lentes) o un par de lentes de contacto por Periodo de Acumulación, como se describe en la EOC .....

Sin cargo (no se aplica el Deducible del Plan)

Atención en un centro de enfermería especializada (hasta 100 días por periodo de beneficios) .....

\$300 por día hasta un máximo de \$1,500 por hospitalización después del Deducible del Plan

Aparatos protésicos y ortopédicos, como se describe en la EOC .....

Sin cargo (no se aplica el Deducible del Plan)

Servicios quiroprácticos y de acupuntura .....

\$35 por consulta para servicios de acupuntura con referencia de un médico solamente

Examen de la vista pediátrico .....

Sin costo

Óptica para adultos (artículos para la vista) .....

 Sin cobertura<sup>2</sup>

\* Este plan también está disponible en Covered California for Small Business y CaliforniaChoice®.

1. Este plan tiene un deducible y un gasto máximo de bolsillo anual integrados. Cada familiar empezará a pagar copagos o coseguros después de alcanzar su deducible o su gasto máximo de bolsillo individuales (según el beneficio), o cuando se alcancen el deducible o el gasto máximo de bolsillo de la familia. Individualmente, los familiares no están sujetos al costo compartido cuando alcanzan su gasto máximo de bolsillo individual o cuando se alcanza el gasto máximo de bolsillo de la familia.

2. Los miembros de Kaiser Permanente tienen derecho a un descuento en anteojos y lentes de contacto comprados en centros ópticos de Kaiser Permanente. Estos descuentos no se pueden combinar con ningún otro beneficio de la vista del Plan de Salud. Los descuentos no se aplicarán a ninguna oferta, promoción ni programa de paquetes de artículos para la vista; a ningún acuerdo de compra de lentes de contacto a largo plazo; ni a ayudas o dispositivos para personas con vista disminuida. Ingrese a [kp2020.org](http://kp2020.org) (en inglés) para conocer las ubicaciones de los centros ópticos de Kaiser Permanente.

Los beneficios para el tratamiento de la infertilidad se pueden agregar a este plan por un costo adicional. Para obtener más información, comuníquese con su corredor o representante de Kaiser Permanente.

Esto es solo un resumen de beneficios y está sujeto a cambios. La Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) de KFHP y el Certificado de Seguro (Certificate of Insurance) de KPIC contienen una explicación completa de los beneficios, las exclusiones y las limitaciones. La información que se proporciona no tiene como fin describir todos los beneficios incluidos en cada plan, ni tampoco está diseñada para funcionar como Evidencia de Cobertura o Certificado de Seguro.