

2026 PEQUEÑA EMPRESA | CALIFORNIA

Características de los Planes

Planes de Nivel Metal

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



Contenido

Sus opciones de planes 2

Cómo interpretar los planes de salud 5

Planes de HMO de Kaiser Permanente 6

Planes Kaiser Permanente Plus (KP Plus™) 12

Planes de PPO de Kaiser Permanente 14

Beneficios de atención dental pediátrica y planes suplementarios
de atención dental familiar 18

Servicios quiroprácticos y de acupuntura 24

Beneficios de equipo médico duradero (DME) 26

Atención pediátrica de la vista 27

Notas al pie de los planes 28

Para obtener más información sobre las opciones de cuentas, comuníquese con un 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*.

Sus opciones de planes

Cuando se trata de la atención médica, espera conseguir planes que sean sencillos y fáciles de usar tanto para usted como para sus empleados. Necesita opciones que le ofrezcan flexibilidad y control sobre el dinero que destina a la atención médica. Además, quiere el máximo de un aliado de confianza que lo pueda guiar en todo momento. Esa es exactamente la solución que le ofrece Kaiser Permanente.

Todos nuestros planes les dan a sus empleados lo que necesitan para estar más sanos y ser más productivos cada día: médicos altamente calificados, un enfoque en la prevención, herramientas innovadoras para promover la salud y atención personalizada de alta calidad.

Todos los planes de organización para el mantenimiento de la salud (*Health Maintenance Organization, HMO*) también están disponibles en Covered California for Small Business y *CaliforniaChoice*® (excepto Gold 80 HRA HMO 2250/35 PCP + Child Dental, Platinum 90 0/10 PCP KP Plus + Child Dental y Gold 80 250/35 KP Plus + Child Dental).

Planes de HMO con copago: un copago es el monto fijo en dólares que debe pagar por determinados medicamentos o servicios cubiertos. Los planes con copago, en general, tienen costos fijos y no incluyen un deducible. Esto le permite saber por adelantado cuánto pagará por los servicios, como las visitas al consultorio y los medicamentos.

- Platinum 90 HMO 0/10 PCP* + Child Dental Alt†
- Platinum 90 HMO 0/20 PCP* + Child Dental
- Gold 80 HMO 0/40 PCP* + Child Dental Alt†

Planes de HMO con deducible: un deducible es un monto fijo que debe pagar en un año del plan por la mayoría de los servicios cubiertos antes de que su plan de salud empiece a cubrirlos. Cuando alcance el deducible, empezará a pagar un copago o un coseguro (un porcentaje de los cargos totales) por la mayoría de los servicios cubiertos durante el resto del año del plan hasta que alcance el gasto máximo de bolsillo. Según su plan, es posible que pague un coseguro o copagos por algunos servicios sin tener que alcanzar el deducible.

- Platinum 90 HMO 250/30 PCP* + Child Dental Alt†
- Gold 80 HMO 250/35 PCP* + Child Dental
- Gold 80 HMO 500/35 PCP* + Child Dental Alt†
- Gold 80 HMO 1000/40 PCP* + Child Dental Alt†

- Silver 70 HMO 2000/65 PCP* + Child Dental Alt†
- Silver 70 HMO 2300/65 PCP* + Child Dental Alt†
- Silver 70 HMO 2500/55 PCP* + Child Dental
- Silver 70 HMO 3100/75 PCP* + Child Dental Alt†
- Bronze 60 HMO 5800/60 PCP* + Child Dental

Planes de salud con deducible alto (*high deductible health plan, HDHP*) que admiten una HSA:

estos planes de HMO con deducible pueden combinarse con una cuenta de ahorros para gastos médicos (*health savings account, HSA*) administrada a través de Kaiser Permanente para conseguir una solución integral que le permita dedicar menos tiempo a administrar la atención médica de sus empleados y más tiempo a sus negocios. Sus empleados ahorran impuestos de tres maneras gracias a las contribuciones anteriores a la deducción de impuestos a través de la nómina, la ganancia de intereses libres de impuestos y el retiro libre de impuestos para pagar los gastos admitidos.¹

Sus empleados o usted pueden pagar el costo administrativo mensual de \$3.25 por cada cuenta de empleado.

- Gold 80 HDHP HMO 1900/15% PCP* + Child Dental Alt†
- Silver 70 HDHP HMO 3200/25% PCP* + Child Dental
- Bronze 60 HDHP HMO 7200/0% PCP* + Child Dental

Plan de HMO con deducible que admite HRA: este plan con deducible es compatible con un acuerdo de reembolso de gastos médicos (*Health Reimbursement Arrangement, HRA*), que establecerá para sus empleados. Un HRA le permite aportar dinero para que sus empleados paguen gastos médicos admitidos libres de impuestos.^{1,2} Usted, es decir, el empleador, debe pagar un costo administrativo mensual de \$3.75 por cada cuenta de empleado.

- Gold 80 HRA HMO 2250/35 PCP + Child Dental³

Independientemente del tipo de cuenta que escoja ofrecer, sus empleados tendrán opciones de pago convenientes que les permitirán acceder de forma sencilla a los fondos de sus cuentas para pagos de salud y reducir los trámites.

- La HSA y el HRA vienen con una tarjeta para pagos de gastos de salud, que funciona igual que una tarjeta de débito, esto significa que los empleados no tienen que presentar reclamos ni solicitar reembolsos cuando pagan los gastos médicos admitidos con su tarjeta.
- Además, el HRA ofrece a los empleados la conveniencia del reembolso automático para los servicios médicos elegibles que se reciben y pagan en los centros de atención de Kaiser Permanente.

Sus empleados pueden aprovechar el acceso las 24 horas del día al plan de salud y a la cuenta para pagos de salud a través de kp.org/espanol y de la aplicación Balance Tracker de Kaiser Permanente para teléfonos inteligentes y dispositivos móviles.

Planes Kaiser Permanente Plus™ (KP Plus)

Los planes Kaiser Permanente Plus (KP Plus) son planes de salud asequibles que ofrecen a los empleados la posibilidad de acceder a atención de alta calidad de Kaiser Permanente y de médicos afiliados con la flexibilidad de atenderse con médicos fuera de la red una cantidad limitada de veces. Brindan cobertura de hasta 10 visitas al médico fuera de la red o servicios médicos para pacientes ambulatorios por año, así como hasta 5 surtidos o resurtidos de medicamentos recetados por año (los medicamentos de especialidad no están cubiertos fuera de la red). Se ofrecen servicios de atención preventiva, como exámenes físicos de rutina, consultas de bienestar infantil y ciertas pruebas de detección, con un copago de \$0.

- Platinum 90 0/10 PCP KP Plus + Child Dental ALT +
- Gold 80 250/35 PCP KP Plus + Child Dental

Planes de seguro de la organización de proveedores preferidos (*preferred provider organization, PPO*): usted y sus empleados tienen la flexibilidad y la posibilidad de elegir médicos de cualquier proveedor autorizado del país, y pueden consultar a un especialista sin necesidad de una referencia. Elija entre cualquier proveedor participante de todo el país que forme parte de la red Private Health Care Systems (PHCS) para KPIC en California y otros estados donde Kaiser Permanente opera (Colorado, Georgia, Hawái, Maryland, Oregón, Virginia, Washington y el Distrito

de Columbia). En los demás estados, consulte a un proveedor de la red de PPO de Cigna Healthcare. Para obtener más información, llame al 800-788-0710, de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., o visite kp.org/kpic/ppo (en inglés), para encontrar proveedores y otros materiales.

- Platinum 90 PPO 0/15 PCP + Child Dental
- Gold 80 PPO 350/25 PCP + Child Dental
- Silver 70 PPO 2500/55 PCP + Child Dental
- Bronze 60 PPO 5800/60 PCP + Child Dental

Planes suplementarios de atención dental familiar (opcional)

- Nuestros planes suplementarios de atención dental familiar cubren a los adultos y a los hijos dependientes hasta los 26 años, en caso de que se ofrezca la cobertura para dependientes. Estos planes no sustituyen la cobertura dental pediátrica requerida por la Ley de Cuidado de Salud Asequible (*Affordable Care Act, ACA*) para los miembros menores de 19 años.
- Los planes de atención dental familiar solo están disponibles para las personas inscritas en un plan de salud de Kaiser Permanente.
- Si decide ofrecer un plan de atención dental familiar, deben participar todos los suscriptores y dependientes.
- El plan de atención dental familiar DeltaCare HMO no se ofrece con ningún plan de salud de PPO.

Servicios quiroprácticos y de acupuntura

- La cobertura combinada para los servicios quiroprácticos y de acupuntura está incluida en la mayoría de los planes de nivel metal que cumplen con la ACA.
- Planes con derechos adquiridos por antigüedad (excepto nivel metal) (OPCIONAL).
 - La cobertura combinada opcional de servicios quiroprácticos y de acupuntura está disponible para los planes con derechos adquiridos por antigüedad (excepto nivel metal) por un costo adicional. Esta opción no está disponible para los planes de salud con deducibles altos (HDHP) con derechos adquiridos por antigüedad que admiten una HSA.
 - Si decide ofrecer la cobertura de servicios quiroprácticos y de acupuntura, deben participar todos los suscriptores y dependientes elegibles.

- Solo puede agregar esta cobertura en el momento de la renovación y puede interrumpirla en cualquier momento hasta 4 meses antes de la fecha de renovación o en el momento de la renovación.

Beneficios para el tratamiento de la infertilidad (opcional)

- El beneficio para el tratamiento de la infertilidad opcional está disponible para los planes metal.
 - Al seleccionar este beneficio opcional, se agregará a todos los planes de HMO ofrecidos, como parte del contrato original, o puede agregarse o interrumpirse en el momento de la renovación.
- Planes con derechos adquiridos por antigüedad (excepto nivel metal)
 - Esta opción está disponible para los grupos existentes con planes con derechos adquiridos por antigüedad (excepto nivel metal) y solo se agrega en el momento de la renovación.
 - La cobertura se agregará a todos los planes de HMO con derechos adquiridos por antigüedad (excepto nivel metal) que se ofrezcan, a excepción de los planes con copagos de \$5 y \$15, ya que los tratamientos para la infertilidad ya están incorporados y el costo está incluido en el precio del plan.

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

† La abreviatura "ALT", en ciertos nombres de planes, se usa para designar planes desarrollados por Kaiser Permanente.

1. Consulte la lista de gastos médicos y dentales admitidos en la publicación 502 del IRS. **2.** Las referencias a impuestos se vinculan únicamente con el impuesto federal sobre el ingreso. Para obtener información sobre las leyes estatales que regulan el impuesto sobre el ingreso, consulte a su asesor financiero o fiscal. Las leyes y los reglamentos federales y estatales sobre impuestos están sujetos a cambios. **3.** Los grupos que elijan el plan Gold 80 HRA HMO 2250/35 PCP + Child Dental tienen que establecer y financiar un HRA para cada empleado inscrito. Las opciones de financiamiento permitido son de \$200 o \$400 por empleado y de \$400 u \$800 respectivamente por familia, si el grupo cubre dependientes.



Cómo interpretar los planes de salud

En la siguiente sección de características de los planes, se incluye un resumen de lo que sus empleados pagarían por determinados servicios con nuestros planes. Las 4 categorías de cobertura principales, conocidas como “planes de nivel metal”, son Platinum, Gold, Silver y Bronze. Estas 4 categorías ofrecen diferentes niveles de copagos, coseguro y deducibles para los beneficios de salud esenciales.

Este es un resumen de cómo usar la tabla.

Bronze 60 ¹ HMO 5800/60 PCP* + Child Dental	
CARACTERÍSTICAS	Plan de HMO con copago El miembro paga
DEDUCIBLE DEL PLAN (Integrado) ²	Individual: \$5,800 ² / Familiar: \$11,600 ² ³
GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO (Integrado) ⁴	Individual: \$9,800 ^{2,3} / Familiar: \$19,600 ^{2,3}
EN EL CONSULTORIO MÉDICO	
Consultas de atención primaria	\$60
Consultas de atención de urgencia	\$60
Visitas al consultorio de atención especializada	\$95 (después del deducible del plan)
Servicios preventivos (por ejemplo, pruebas de detección, consultas prenatales y posparto, y vacunas)	\$0 ^{4,5} ⁵
Consultas de atención preventiva para el bienestar infantil	\$0 hasta los 23 meses de edad
Servicios de fertilidad	Sin cobertura ²⁷
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla	\$60 ⁶
La mayoría de los análisis de laboratorio	\$50 ⁶
La mayoría de las radiografías y pruebas de diagnóstico	40 % (después del deducible del plan) ⁶
La mayoría de las resonancias magnéticas, tomografías computarizadas o por emisión de positrones	40 % (después del deducible del plan) ⁶
Cirugía para pacientes ambulatorios (por procedimiento)	40 % (después del deducible del plan)
SERVICIOS DE EMERGENCIA	
Consultas en el Departamento de Emergencias (el cargo no se exige si es admitido directamente al hospital)	40 % (después del deducible del plan)
Ambulancia	40 % (después del deducible del plan)
RECETAS MÉDICAS (suministro de hasta 30 días)	
Genéricos (nivel 1)	\$20 ^{7,8}
De marca (nivel 2)	40 % por receta médica hasta un máximo de \$500 (después del deducible de medicamentos de \$450/\$900) ^{7,8,9}
Medicamentos especializados (nivel 4)	40 % por receta médica hasta un máximo de \$500 (después del deducible de medicamentos de \$450/\$900) ^{7,8,9}
ATENCIÓN PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	
Servicios de médicos, habitación y comidas, pruebas, medicamentos, suministros, terapias, servicios para partos	40 % (después del deducible del plan) ⁷
SERVICIOS DE SALUD MENTAL	
Paciente ambulatorio (en el consultorio médico)	\$0 ¹⁰
Paciente hospitalizado (en el hospital)	45 % (después del deducible del plan)
SERVICIOS PARA TRATAR TRASTORNOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS	
Paciente ambulatorio (en el consultorio médico)	\$0
Paciente hospitalizado (solo desintoxicación)	40 % (después del deducible del plan)

1. Valor actuarial

El porcentaje del costo total promedio de los beneficios cubiertos que cubrirá el plan. Por ejemplo, si un plan tiene un valor actuarial del 60 %, en promedio, los miembros serían responsables del 40 % del costo de todos los beneficios cubiertos. Sin embargo, los miembros podrían ser responsables de un porcentaje mayor o menor de los costos totales de los servicios cubiertos en el año en función de la atención real que necesiten y los términos de la póliza.

2. Deducible del plan

Monto fijo que pagan los empleados en un año del plan por la mayoría de los servicios cubiertos antes de que su plan de salud empiece a cubrirlos. Está incluido en el gasto máximo de bolsillo.

3. Acumulación integrada

Cada familiar empezará a pagar los copagos o el coseguro después de alcanzar su propio deducible individual o cuando se alcance el deducible familiar, lo que ocurra primero. Además, los familiares ya no deberán cumplir individualmente con el costo compartido cuando alcancen su propio gasto máximo de bolsillo individual o cuando se alcance el gasto máximo de bolsillo familiar, lo que ocurra primero. No todos los servicios están sujetos al deducible o al gasto máximo de bolsillo.

4. Gasto máximo de bolsillo

El monto máximo que pagará un individuo o una familia por todos los servicios cubiertos en un año antes de que el plan empiece a pagar el 100 % de la mayoría o de todos los servicios cubiertos.

5. Atención preventiva sin cargo

La mayoría de los servicios preventivos están cubiertos sin cargo y no están sujetos al deducible.

6. Copago

Monto fijo que pagarán los empleados por determinados servicios.

7. Coseguro

El porcentaje del costo total de ciertos servicios que pagará un empleado después de alcanzar el deducible, hasta llegar al gasto máximo de bolsillo.

	Platinum 90 HMO 0/10 PCP* + Child Dental Alt[†]	Platinum 90 HMO 0/20 PCP* + Child Dental	Platinum 90 HMO 250/30 PCP* + Child Dental Alt[†]
CARACTERÍSTICAS	Plan de HMO con copago El miembro paga	Plan de HMO con copago El miembro paga	Plan de HMO con deducible El miembro paga
DEDUCIBLE DEL PLAN (Integrado)	\$0	\$0	Individual: \$250 ² / Familiar: \$500 ²
GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO (Integrado)	Individual: \$3,000 ^{1,3} / Familiar: \$6,000 ^{1,3}	Individual: \$4,500 ^{1,3} / Familiar: \$9,000 ^{1,3}	Individual: \$3,250 ^{2,3} / Familiar: \$6,500 ^{2,3}
EN EL CONSULTORIO MÉDICO			
Consultas de atención primaria	\$10	\$20	\$30
Consultas de atención de urgencia	\$10	\$20	\$30
Visitas al consultorio de atención especializada	\$20	\$30	\$50
Servicios preventivos (por ejemplo, pruebas de detección, consultas prenatales y posparto, y vacunas)	\$0 ^{4,5}	\$0 ^{4,5}	\$0 ^{4,5}
Consultas de atención preventiva para el bienestar infantil	\$0 hasta los 23 meses de edad	\$0 hasta los 23 meses de edad	\$0 hasta los 23 meses de edad
Servicios de fertilidad	Sin cobertura ²⁷	Sin cobertura ²⁷	Sin cobertura ²⁷
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla	\$10	\$20	\$30
La mayoría de los análisis de laboratorio	\$20 ⁶	\$20 ⁶	\$30 ⁶
La mayoría de las radiografías y pruebas de diagnóstico	\$40 ⁶	\$30 ⁶	\$50 ⁶
La mayoría de las resonancias magnéticas, tomografías computarizadas o por emisión de positrones	\$150 ⁶	\$100 ⁶	\$150 ⁶
Cirugía para pacientes ambulatorios (por procedimiento)	\$300	\$125	\$300
SERVICIOS DE EMERGENCIA			
Consultas en el Departamento de Emergencias (el cargo no se exige si es admitido directamente al hospital)	\$200	\$150	\$250
Ambulancia	\$150	\$150	\$150
RECETAS MÉDICAS (suministro de hasta 30 días)			
Genéricos (nivel 1)	\$5 ^{7,8,9}	\$5 ^{7,8,9}	\$10 ^{7,8,9}
De marca (nivel 2)	\$15 ^{8,9}	\$20 ^{8,9}	\$20 ^{8,9}
Medicamentos especializados (nivel 4)	10 % por medicamento recetado hasta un máximo de \$250 ^{7,8}	10 % por medicamento recetado hasta un máximo de \$250 ^{7,8}	10 % por medicamento recetado hasta un máximo de \$250 (después del deducible del plan) ^{7,8}
ATENCIÓN PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS			
Servicios de médicos, habitación y comidas, pruebas, medicamentos, suministros, terapias, servicios para partos	\$500 por hospitalización	\$250 por día por hospitalización ¹⁰	\$500 por hospitalización (después del deducible del plan)
SERVICIOS DE SALUD MENTAL			
Paciente ambulatorio (en el consultorio médico)	\$10	\$20	\$30
Paciente hospitalizado (en el hospital)	\$500 por hospitalización	\$250 por día por hospitalización ¹⁰	\$500 por hospitalización (después del deducible del plan)
SERVICIOS PARA TRATAR TRASTORNOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS			
Paciente ambulatorio (en el consultorio médico)	\$10	\$20	\$30
Paciente hospitalizado (solo desintoxicación)	\$500 por hospitalización	\$250 por día por hospitalización ¹⁰	\$500 por hospitalización (después del deducible del plan)
OTRO			
Atención virtual	\$0	\$0	\$0
Servicios quiroprácticos y de acupuntura	\$15 por consulta (autorreferencia; 20 consultas combinadas por año)	\$20 por consulta para servicios de acupuntura con referencia de un médico solamente	\$15 por consulta (autorreferencia; 20 consultas combinadas por año)
Determinado equipo médico duradero (DME) (suplementario y básico)	10 % ¹¹	10 % ¹¹	10 % ¹¹
Óptica pediátrica (artículos para la vista)	1 par de anteojos o lentes de contacto por año ¹²	1 par de anteojos o lentes de contacto por año ¹²	1 par de anteojos o lentes de contacto por año ¹²
Examen de la vista pediátrico	\$0	\$0	\$0
Óptica para adultos (artículos para la vista)	Asignación de \$175 ¹³	Sin cobertura ¹⁴	Sin cobertura ¹⁴
Examen de la vista para adultos (de refracciones oculares)	\$0	\$0	\$0

	Gold 80 HMO 0/40 PCP* + Child Dental Alt[†]	Gold 80 HMO 250/35 PCP* + Child Dental	Gold 80 HMO 500/35 PCP* + Child Dental Alt[†]
CARACTERÍSTICAS	Plan de HMO con copago El miembro paga	Plan de HMO con deducible El miembro paga	Plan de HMO con deducible El miembro paga
DEDUCIBLE DEL PLAN (Integrado)	\$0	Individual: \$250 ² / Familiar: \$500 ²	Individual: \$500 ^{2/} / Familiar: \$1000 ²
GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO (Integrado)	Individual: \$8,500 ^{1,3} / Familiar: \$17,000 ^{1,3}	Individual: \$7,800 ^{2,3} / Familiar: \$15,600 ^{2,3}	Individual: \$8,000 ^{2,3/} / Familiar: \$16,000 ^{2,3}
EN EL CONSULTORIO MÉDICO			
Consultas de atención primaria	\$40	\$35	\$35
Consultas de atención de urgencia	\$40	\$35	\$35
Visitas al consultorio de atención especializada	\$60	\$55	\$60
Servicios preventivos (por ejemplo, pruebas de detección, consultas prenatales y posparto, y vacunas)	\$0 ^{4,5}	\$0 ^{4,5}	\$0 ^{4,5}
Consultas de atención preventiva para el bienestar infantil	\$0 hasta los 23 meses de edad	\$0 hasta los 23 meses de edad	\$0 hasta los 23 meses de edad
Servicios de fertilidad	Sin cobertura ²⁷	Sin cobertura ²⁷	Sin cobertura ²⁷
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla	\$40	\$35	\$35
La mayoría de los análisis de laboratorio	\$30 ⁶	\$35 ⁶	\$35 ⁶
La mayoría de las radiografías y pruebas de diagnóstico	\$40 ⁶	\$55 ⁶	\$50 ⁶
La mayoría de las resonancias magnéticas, tomografías computarizadas o por emisión de positrones	\$250 ⁶	\$250 (después del deducible del plan) ⁶	\$350 ⁶
Cirugía para pacientes ambulatorios (por procedimiento)	\$400	\$335 (después del deducible del plan)	\$350 (después del deducible del plan)
SERVICIOS DE EMERGENCIA			
Consultas en el Departamento de Emergencias (el cargo no se exige si es admitido directamente al hospital)	\$350	\$250 (después del deducible del plan)	\$350
Ambulancia	\$250	\$250 (después del deducible del plan)	\$350 (después del deducible del plan)
RECETAS MÉDICAS (suministro de hasta 30 días)			
Genéricos (nivel 1)	\$15 ^{7,8,9}	\$15 ^{7,8,9}	\$15 ^{7,8,9}
De marca (nivel 2)	\$50 ^{8,9}	\$40 ^{8,9}	\$50 ^{8,9}
Medicamentos especializados (nivel 4)	20 % por medicamento recetado hasta un máximo de \$250 ^{7,8}	20 % por medicamento recetado hasta un máximo de \$250 ^{7,8}	20 % por medicamento recetado hasta un máximo de \$250 ^{7,8}
ATENCIÓN PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS			
Servicios de médicos, habitación y comidas, pruebas, medicamentos, suministros, terapias, servicios para partos	\$600 por día, hasta 5 días por hospitalización ¹⁰	\$600 por día, hasta 5 días por hospitalización (después del deducible del plan) ¹⁰	\$600 por día, hasta 5 días por hospitalización (después del deducible del plan) ¹⁰
SERVICIOS DE SALUD MENTAL			
Paciente ambulatorio (en el consultorio médico)	\$40	\$35	\$35
Paciente hospitalizado (en el hospital)	\$600 por día, hasta 5 días por hospitalización ¹⁰	\$600 por día, hasta 5 días por hospitalización (después del deducible del plan) ¹⁰	\$600 por día, hasta 5 días por hospitalización (después del deducible del plan) ¹⁰
SERVICIOS PARA TRATAR TRASTORNOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS			
Paciente ambulatorio (en el consultorio médico)	\$40	\$35	\$35
Paciente hospitalizado (solo desintoxicación)	\$600 por día, hasta 5 días por hospitalización ¹⁰	\$600 por día, hasta 5 días por hospitalización (después del deducible del plan) ¹⁰	\$600 por día, hasta 5 días por hospitalización (después del deducible del plan) ¹⁰
OTRO			
Atención virtual	\$0	\$0	\$0
Servicios quiroprácticos y de acupuntura	\$15 por consulta (autorreferencia; 20 consultas combinadas por año)	\$35 por consulta para servicios de acupuntura con referencia de un médico solamente	\$15 por consulta (autorreferencia; 20 consultas combinadas por año)
Determinado equipo médico duradero (DME) (suplementario y básico)	20 % ¹¹	20 % ¹¹	20 % ¹¹
Óptica pediátrica (artículos para la vista)	1 par de anteojos o lentes de contacto por año ¹²	1 par de anteojos o lentes de contacto por año ¹²	1 par de anteojos o lentes de contacto por año ¹²
Examen de la vista pediátrico	\$0	\$0	\$0
Óptica para adultos (artículos para la vista)	Sin cobertura ¹⁴	Sin cobertura ¹⁴	Sin cobertura ¹⁴
Examen de la vista para adultos (de refracciones oculares)	\$0	\$0	\$0

	Gold 80 HMO 1000/40 PCP* + Child Dental Alt†	Gold 80 HDHP HMO 1900/15% PCP* + Child Dental Alt†	Gold 80 HRA HMO 2250/35 PCP + Child Dental
CARACTERÍSTICAS	Plan de HMO con deducible El miembro paga	Plan de salud con deducible alto que admite una HSA (la HSA puede administrarse a través de Kaiser Permanente)	Plan de HMO con deducible y HRA¹⁶ (los HRA pueden administrarse a través de Kaiser Permanente)
DEDUCIBLE DEL PLAN (Integrado)	Individual: \$1,000 ² / Familiar: \$2,000 ²	Solamente usted: \$1,900 ^{2,15} / Individual: \$3,400 ^{2,15} / Familiar: \$3,800 ^{2,15}	Individual: \$2,250 ² / Familiar: \$4,500 ²
GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO (Integrado)	Individual: \$8,200 ^{2,3} / Familiar: \$16,400 ^{2,3}	Individual: \$4,500 ^{2,3} / Familiar: \$9,000 ^{2,3}	Individual: \$8,500 ^{2,3} / Familiar: \$17,000 ^{2,3}
EN EL CONSULTORIO MÉDICO			
Consultas de atención primaria	\$40	15 % (después del deducible del plan)	\$35
Consultas de atención de urgencia	\$40	15 % (después del deducible del plan)	\$35
Visitas al consultorio de atención especializada	\$60	15 % (después del deducible del plan)	\$50
Servicios preventivos (por ejemplo, pruebas de detección, consultas prenatales y posparto, y vacunas)	\$0 ^{4,5}	\$0 ^{4,5}	\$0 ^{4,5}
Consultas de atención preventiva para el bienestar infantil	\$0 hasta los 23 meses de edad	\$0 hasta los 23 meses de edad	\$0 hasta los 23 meses de edad
Servicios de fertilidad	Sin cobertura ²⁷	Sin cobertura ²⁷	Sin cobertura ²⁷
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla	\$40	15 % (después del deducible del plan)	\$35 (después del deducible del plan)
La mayoría de los análisis de laboratorio	\$30 ⁶	15 % (después del deducible del plan) ⁶	25 % (después del deducible del plan) ⁶
La mayoría de las radiografías y pruebas de diagnóstico	\$60 ⁶	15 % (después del deducible del plan) ⁶	25 % (después del deducible del plan) ⁶
La mayoría de las resonancias magnéticas, tomografías computarizadas o por emisión de positrones	\$350 ⁶	15 % (después del deducible del plan) ⁶	25 % (después del deducible del plan) ⁶
Cirugía para pacientes ambulatorios (por procedimiento)	\$350 (después del deducible del plan)	15 % (después del deducible del plan)	25 % (después del deducible del plan)
SERVICIOS DE EMERGENCIA			
Consultas en el Departamento de Emergencias (el cargo no se exige si es admitido directamente al hospital)	\$350	15 % (después del deducible del plan)	25 % (después del deducible del plan)
Ambulancia	\$350	15 % (después del deducible del plan)	25 % (después del deducible del plan)
RECETAS MÉDICAS (suministro de hasta 30 días)			
Genéricos (nivel 1)	\$15 ^{7,8,9}	\$15 (después del deducible del plan) ^{7,8,9}	\$15 ^{7,8,9}
De marca (nivel 2)	\$50 (después del deducible de medicamentos de \$250/\$500) ^{8,9,19}	\$45 (después del deducible del plan) ^{8,9}	\$30 (después del deducible de medicamentos de \$100/\$200) ^{8,9,18}
Medicamentos especializados (nivel 4)	20 % por medicamento recetado hasta un máximo de \$250 (después del deducible de medicamentos de \$250/\$500) ^{7,8,19}	15 % hasta un máximo de \$250 (después del deducible del plan) ^{7,8}	20 % por medicamento recetado hasta un máximo de \$250 (después del deducible de medicamentos de \$100/\$200) ^{7,8,18}
ATENCIÓN PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS			
Servicios de médicos, habitación y comidas, pruebas, medicamentos, suministros, terapias, servicios para partos	\$600 por día, hasta 5 días por hospitalización (después del deducible del plan) ¹⁰	15 % (después del deducible del plan)	25 % (después del deducible del plan)
SERVICIOS DE SALUD MENTAL			
Paciente ambulatorio (en el consultorio médico)	\$40	15 % (después del deducible del plan)	\$35
Paciente hospitalizado (en el hospital)	\$600 por día, hasta 5 días por hospitalización (después del deducible del plan) ¹⁰	15 % (después del deducible del plan)	25 % (después del deducible del plan)
SERVICIOS PARA TRATAR TRASTORNOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS			
Paciente ambulatorio (en el consultorio médico)	\$40	15 % (después del deducible del plan)	\$35
Paciente hospitalizado (solo desintoxicación)	\$600 por día, hasta 5 días por hospitalización (después del deducible del plan) ¹⁰	15 % (después del deducible del plan)	25 % (después del deducible del plan)
OTRO			
Atención virtual	\$0	0 % (después del deducible del plan) ¹⁷	\$0
Servicios quiroprácticos y de acupuntura	\$15 por consulta (autorreferencia; 20 consultas combinadas por año)	15 % por consulta (después del deducible del plan) para servicios de acupuntura con referencia de un médico solamente	\$35 por consulta (después del deducible del plan) para servicios de acupuntura con referencia de un médico
Determinado equipo médico duradero (DME) (suplementario y básico)	20 % ¹¹	15 % ¹¹	50 % ¹¹
Óptica pediátrica (artículos para la vista)	1 par de anteojos o lentes de contacto por año ¹²	1 par de anteojos o lentes de contacto por año ¹²	1 par de anteojos o lentes de contacto por año ¹²
Examen de la vista pediátrico	\$0	\$0	\$0
Óptica para adultos (artículos para la vista)	Sin cobertura ¹⁴	Sin cobertura ¹⁴	Sin cobertura ¹⁴
Examen de la vista para adultos (de refracciones oculares)	\$0	\$0	\$0

	Silver 70 HMO 2000/65 PCP* + Child Dental Alt†	Silver 70 HMO 2300/65 PCP* + Child Dental Alt†	Silver 70 HMO 2500/55 PCP* + Child Dental†
CARACTERÍSTICAS	Plan de HMO con deducible El miembro paga	Plan de HMO con deducible El miembro paga	Plan de HMO con deducible El miembro paga
DEDUCIBLE DEL PLAN (Integrado)	Individual: \$2,000 ² / Familiar: \$4,000 ²	Individual: \$2,300 ² / Familiar: \$4,600 ²	Individual: \$2,500 ² / Familiar: \$5,000 ²
GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO (Integrado)	Individual: \$8,900 ^{2,3} / Familiar: \$17,800 ^{2,3}	Individual: \$9,100 ^{2,3} / Familiar: \$18,200 ^{2,3}	Individual: \$8,750 ^{2,3} / Familiar: \$17,500 ^{2,3}
EN EL CONSULTORIO MÉDICO			
Consultas de atención primaria	\$65	\$65	\$55
Consultas de atención de urgencia	\$65	\$65	\$55
Visitas al consultorio de atención especializada	\$100	\$100	\$90
Servicios preventivos (por ejemplo, pruebas de detección, consultas prenatales y posparto, y vacunas)	\$0 ^{4,5}	\$0 ^{4,5}	\$0 ^{4,5}
Consultas de atención preventiva para el bienestar infantil	\$0 hasta los 23 meses de edad	\$0 hasta los 23 meses de edad	\$0 hasta los 23 meses de edad
Servicios de fertilidad	Sin cobertura ²⁷	Sin cobertura ²⁷	Sin cobertura ²⁷
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla	\$65	\$65	\$55
La mayoría de los análisis de laboratorio	\$35 ⁶	\$45 ⁶	\$55 ⁶
La mayoría de las radiografías y pruebas de diagnóstico	\$75 (después del deducible del plan) ⁶	\$80 (después del deducible del plan) ⁶	\$90
La mayoría de las resonancias magnéticas, tomografías computarizadas o por emisión de positrones	\$400 (después del deducible del plan) ⁶	\$400 (después del deducible del plan) ⁶	\$300 (después del deducible del plan) ⁶
Cirugía para pacientes ambulatorios (por procedimiento)	45 % (después del deducible del plan)	45 % (después del deducible del plan)	35 % (después del deducible del plan)
SERVICIOS DE EMERGENCIA			
Consultas en el Departamento de Emergencias (el cargo no se exige si es admitido directamente al hospital)	45 % (después del deducible del plan)	45 % (después del deducible del plan)	35 % (después del deducible del plan)
Ambulancia	45 % (después del deducible del plan)	45 % (después del deducible del plan)	35 % (después del deducible del plan)
RECETAS MÉDICAS (suministro de hasta 30 días)			
Genéricos (nivel 1)	\$20 ^{7,8,9}	\$20 ^{7,8,9}	\$19 ^{7,8,9}
De marca (nivel 2)	\$100 ^{8,9}	\$100 (después del deducible de medicamentos de \$500/\$1,000) ^{8,9,21}	\$85 (después del deducible de medicamentos de \$300/\$600) ^{8,9,20}
Medicamentos especializados (nivel 4)	20 % por medicamento recetado hasta un máximo de \$250 (después del deducible del plan) ^{7,8}	20 % por medicamento recetado hasta un máximo de \$250 (después del deducible de medicamentos de \$500/\$1,000) ^{7,8,21}	30 % por medicamento recetado hasta un máximo de \$250 (después del deducible de medicamentos de \$300/\$600) ^{7,8,20}
ATENCIÓN PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS			
Servicios de médicos, habitación y comidas, pruebas, medicamentos, suministros, terapias, servicios para partos	45 % (después del deducible del plan)	45 % (después del deducible del plan)	35 % (después del deducible del plan)
SERVICIOS DE SALUD MENTAL			
Paciente ambulatorio (en el consultorio médico)	\$0	\$0	\$0
Paciente hospitalizado (en el hospital)	45 % (después del deducible del plan)	45 % (después del deducible del plan)	35 % (después del deducible del plan)
SERVICIOS PARA TRATAR TRASTORNOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS			
Paciente ambulatorio (en el consultorio médico)	\$0	\$0	\$0
Paciente hospitalizado (solo desintoxicación)	45 % (después del deducible del plan)	45 % (después del deducible del plan)	35 % (después del deducible del plan)
OTRO			
Atención virtual	\$0	\$0	\$0
Servicios quiroprácticos y de acupuntura	\$15 por consulta (autorreferencia; 20 consultas combinadas por año)	\$15 por consulta (autorreferencia; 20 consultas combinadas por año)	\$55 por consulta para servicios de acupuntura con referencia de un médico solamente
Determinado equipo médico duradero (DME) (suplementario y básico)	45 % ¹¹	45 % ¹¹	35 % ¹¹
Óptica pediátrica (artículos para la vista)	1 par de anteojos o lentes de contacto por año ¹²	1 par de anteojos o lentes de contacto por año ¹²	1 par de anteojos o lentes de contacto por año ¹²
Examen de la vista pediátrico	\$0	\$0	\$0
Óptica para adultos (artículos para la vista)	Sin cobertura ¹⁴	Sin cobertura ¹⁴	Sin cobertura ¹⁴
Examen de la vista para adultos (de refracciones oculares)	\$0	\$0	\$0

Planes Silver HMO de Kaiser Permanente

Fechas de vigencia: del 1/1/26 al 1/12/26

	Silver 70 HMO 3100/75 PCP* + Child Dental Alt†	Silver 70 HDHP HMO 3200/25% PCP* + Child Dental
CARACTERÍSTICAS	Plan de HMO con deducible El miembro paga	Plan de salud con deducible alto que admite una HSA (la HSA puede administrarse a través de Kaiser Permanente)
DEDUCIBLE DEL PLAN (Integrado)	Individual: \$3,100 ² / Familiar: \$6,200 ²	Solamente usted: \$3,200 ^{2,15} / Individual: \$3,400 ^{2,15} / Familiar: \$6,400 ^{2,15}
GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO (Integrado)	Individual: \$9,800 ^{2,3} / Familiar: \$19,600 ^{2,3}	Individual: \$8,300 ^{2,3} / Familiar: \$16,600 ^{2,3}
EN EL CONSULTORIO MÉDICO		
Consultas de atención primaria	\$75	25 % (después del deducible del plan)
Consultas de atención de urgencia	\$75	25 % (después del deducible del plan)
Visitas al consultorio de atención especializada	\$100	25 % (después del deducible del plan)
Servicios preventivos (por ejemplo, pruebas de detección, consultas prenatales y posparto, y vacunas)	\$0 ^{4,5}	\$0 ^{4,5}
Consultas de atención preventiva para el bienestar infantil	\$0 hasta los 23 meses de edad	\$0 hasta los 23 meses de edad
Servicios de fertilidad	Sin cobertura ²⁷	Sin cobertura ²⁷
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla	\$75	25 % (después del deducible del plan)
La mayoría de los análisis de laboratorio	\$45 (después del deducible del plan) ⁶	25 % (después del deducible del plan) ⁶
La mayoría de las radiografías y pruebas de diagnóstico	45 % (después del deducible del plan) ⁶	25 % (después del deducible del plan) ⁶
La mayoría de las resonancias magnéticas, tomografías computarizadas o por emisión de positrones	\$400 (después del deducible del plan) ⁶	25 % (después del deducible del plan) ⁶
Cirugía para pacientes ambulatorios (por procedimiento)	45 % (después del deducible del plan)	25 % (después del deducible del plan)
SERVICIOS DE EMERGENCIA		
Consultas en el Departamento de Emergencias (el cargo no se exige si es admitido directamente al hospital)	45 % (después del deducible del plan)	25 % (después del deducible del plan)
Ambulancia	45 % (después del deducible del plan)	25 % (después del deducible del plan)
RECETAS MÉDICAS (suministro de hasta 30 días)		
Genéricos (nivel 1)	\$20 ^{7,8,9}	25 % por medicamento recetado hasta un máximo de \$250 (después del deducible del plan) ^{7,8,9}
De marca (nivel 2)	\$100 (después del deducible del plan) ^{8,9}	25 % por medicamento recetado hasta un máximo de \$250 (después del deducible del plan) ^{8,9}
Medicamentos especializados (nivel 4)	45 % por medicamento recetado hasta un máximo de \$250 (después del deducible del plan) ^{7,8}	25 % por medicamento recetado hasta un máximo de \$250 (después del deducible del plan) ^{7,8}
ATENCIÓN PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS		
Servicios de médicos, habitación y comidas, pruebas, medicamentos, suministros, terapias, servicios para partos	45 % (después del deducible del plan)	25 % (después del deducible del plan)
SERVICIOS DE SALUD MENTAL		
Paciente ambulatorio (en el consultorio médico)	\$0	\$0 (después del deducible del plan)
Paciente hospitalizado (en el hospital)	45 % (después del deducible del plan)	25 % (después del deducible del plan)
SERVICIOS PARA TRATAR TRASTORNOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS		
Paciente ambulatorio (en el consultorio médico)	\$0	\$0 (después del deducible del plan)
Paciente hospitalizado (solo desintoxicación)	45 % (después del deducible del plan)	25 % (después del deducible del plan)
OTRO		
Atención virtual	\$0	0 % (después del deducible del plan) ¹⁷
Servicios quiroprácticos y de acupuntura	\$15 por consulta (autorreferencia; 20 consultas combinadas por año)	25 % por consulta después del deducible del plan para servicios de acupuntura con referencia de un médico solamente
Determinado equipo médico duradero (DME) (suplementario y básico)	45 % ¹¹	25 % ¹¹
Óptica pediátrica (artículos para la vista)	1 par de anteojos o lentes de contacto por año ¹²	1 par de anteojos o lentes de contacto por año ¹²
Examen de la vista pediátrico	\$0	\$0
Óptica para adultos (artículos para la vista)	Sin cobertura ¹⁴	Sin cobertura ¹⁴
Examen de la vista para adultos (de refracciones oculares)	\$0	\$0

Planes Bronze HMO de Kaiser Permanente

Fechas de vigencia: del 1/1/26 al 1/12/26

	Bronze 60 HMO 5800/60 PCP* + Child Dental†	Bronze 60 HDHP HMO 7200/0% PCP* + Child Dental
CARACTERÍSTICAS	Plan de HMO con deducible El miembro paga	Plan de salud con deducible alto que admite una HSA (la HSA puede administrarse a través de Kaiser Permanente)
DEDUCIBLE DEL PLAN (Integrado)	Individual: \$5,800 ² / Familiar: \$11,600 ²	Individual: \$7,200 ² / Familiar: \$14,400 ²
GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO (Integrado)	Individual: \$9,800 ^{2,3} / Familiar: \$19,600 ^{2,3}	Individual: \$7,200 ^{2,3} / Familiar: \$14,000 ^{2,3}
EN EL CONSULTORIO MÉDICO		
Consultas de atención primaria	\$60	0 % (después del deducible del plan)
Consultas de atención de urgencia	\$60	0 % (después del deducible del plan)
Visitas al consultorio de atención especializada	\$95 (después del deducible del plan) ²⁸	0 % (después del deducible del plan)
Servicios preventivos (por ejemplo, pruebas de detección, consultas prenatales y posparto, y vacunas)	\$0 ^{4,5}	\$0 ^{4,5}
Consultas de atención preventiva para el bienestar infantil	\$0 hasta los 23 meses de edad	\$0 hasta los 23 meses de edad
Servicios de fertilidad	Sin cobertura ²⁷	Sin cobertura ²⁷
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla	\$60	0 % (después del deducible del plan)
La mayoría de los análisis de laboratorio	\$50 ⁶	0 % (después del deducible del plan) ⁶
La mayoría de las radiografías y pruebas de diagnóstico	40 % (después del deducible del plan) ⁶	0 % (después del deducible del plan) ⁶
La mayoría de las resonancias magnéticas, tomografías computarizadas o por emisión de positrones	40 % (después del deducible del plan) ⁶	0 % (después del deducible del plan) ⁶
Cirugía para pacientes ambulatorios (por procedimiento)	40 % (después del deducible del plan)	0 % (después del deducible del plan)
SERVICIOS DE EMERGENCIA	40 % (después del deducible del plan)	0 % (después del deducible del plan)
Consultas en el Departamento de Emergencias (el cargo no se exige si es admitido directamente al hospital)		
Ambulancia	40 % (después del deducible del plan)	0 % (después del deducible del plan)
RECETAS MÉDICAS (suministro de hasta 30 días)		
Genéricos (nivel 1)	\$20 ^{7,8,9,22}	0 % (después del deducible del plan) ^{7,8,9}
De marca (nivel 2)	40 % por medicamento recetado hasta un máximo de \$500 (después del deducible de medicamentos de \$450/\$900) ^{8,9,22}	0 % (después del deducible del plan) ^{8,9}
Medicamentos especializados (nivel 4)	40 % por medicamento recetado hasta un máximo de \$500 (después del deducible de medicamentos de \$450/\$900) ^{7,8,22}	0 % por medicamento recetado (después del deducible del plan) ^{7,8}
ATENCIÓN PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS		
Servicios de médicos, habitación y comidas, pruebas, medicamentos, suministros, terapias, servicios para partos	40 % (después del deducible del plan)	0 % (después del deducible del plan)
SERVICIOS DE SALUD MENTAL		
Paciente ambulatorio (en el consultorio médico)	\$0	0 % (después del deducible del plan)
Paciente hospitalizado (en el hospital)	40 % (después del deducible del plan)	0 % (después del deducible del plan)
SERVICIOS PARA TRATAR TRASTORNOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS		
Paciente ambulatorio (en el consultorio médico)	\$0	0 % (después del deducible del plan)
Paciente hospitalizado (solo desintoxicación)	40 % (después del deducible del plan)	0 % (después del deducible del plan)
OTRO		
Atención virtual	\$0	\$0 (después del deducible del plan) ¹⁶
Servicios quiroprácticos y de acupuntura	\$60 por consulta para servicios de acupuntura con referencia de un médico solamente	0 % por consulta (después de alcanzar el deducible) para servicios de acupuntura con referencia de un médico solamente
Determinado equipo médico duradero (DME) (suplementario y básico)	40 % (después del deducible del plan) ¹¹	0 % (después del deducible del plan) ¹¹
Óptica pediátrica (artículos para la vista)	1 par de anteojos o lentes de contacto por año ¹²	1 par de anteojos o lentes de contacto por año ¹²
Examen de la vista pediátrico	\$0	\$0
Óptica para adultos (artículos para la vista)	Sin cobertura ¹⁴	Sin cobertura ¹⁴
Examen de la vista para adultos (de refracciones oculares)	\$0	\$0

CARACTERÍSTICAS	Platinum 90 KP Plus 0/10 PCP + Child Dental Alt†	
	Nivel de Proveedores Participantes (dentro de la red) ¹	Nivel de Proveedores No Participantes (fuera de la red) ^{5,14}
DEDUCIBLE DEL PLAN (Integrado)	No se aplica	No se aplica
GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO (Integrado)	Individual: \$3,000 ^{2,4} / Familiar: \$6,000 ^{2,4}	
EN EL CONSULTORIO MÉDICO		
Consultas de atención primaria	\$10	\$30 ⁵
Consultas de atención de urgencia	\$10	Sin cobertura ⁶
Visitas al consultorio de atención especializada	\$20	\$40 ⁵
Servicios preventivos (por ejemplo, pruebas de detección, consultas prenatales y posparto, y vacunas)	\$0 ^{8,9}	\$0 ^{8,9}
Consultas de atención preventiva para el bienestar infantil	\$0 hasta los 23 meses de edad	\$0 hasta los 23 meses de edad
Servicios de fertilidad	Sin cobertura ¹⁰	Sin cobertura
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla	\$10	\$30 ⁵
La mayoría de los análisis de laboratorio	\$20 ¹¹	\$30 ⁵
La mayoría de las radiografías y pruebas de diagnóstico	\$40 ¹¹	\$60 ⁵
La mayoría de las resonancias magnéticas, tomografías computarizadas o por emisión de positrones	\$150 ¹¹	Sin cobertura
Cirugía para pacientes ambulatorios (por procedimiento)	\$300	Sin cobertura
SERVICIOS DE EMERGENCIA		
Consultas en el Departamento de Emergencias (el cargo no se exige si es admitido directamente al hospital)	\$200	\$200
Ambulancia	\$150	\$150
RECETAS MÉDICAS (suministro de hasta 30 días)		
Genéricos (nivel 1)	\$5 ^{12,13}	\$10 ¹⁴
De marca (nivel 2)	\$15 ^{12,13}	\$35 ¹⁴
Medicamentos especializados (nivel 4)	10 % por medicamento recetado hasta un máximo de \$250 ¹²	Sin cobertura
ATENCIÓN PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS		
Servicios de médicos, habitación y comidas, pruebas, medicamentos, suministros, terapias, servicios para partos	\$500 por hospitalización	Sin cobertura
SERVICIOS DE SALUD MENTAL		
Paciente ambulatorio (en el consultorio médico)	\$10	\$30 ⁵
Paciente hospitalizado (en el hospital)	\$500 por hospitalización	Sin cobertura
SERVICIOS PARA TRATAR TRASTORNOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS		
Paciente ambulatorio (en el consultorio médico)	\$10	\$30 ⁵
Paciente hospitalizado (solo desintoxicación)	\$500 por hospitalización	Sin cobertura
OTRO		
Atención virtual	\$0	\$20 ⁵
Servicios quiroprácticos y de acupuntura	\$15 por consulta	Sin cobertura
Determinado equipo médico duradero (DME) (suplementario y básico)	10 % después del deducible del plan hasta un máximo anual de \$2,000 ¹⁶	Sin cobertura
Óptica pediátrica (artículos para la vista)	1 par de anteojos o lentes de contacto por año ¹⁷	Sin cobertura
Examen de la vista pediátrico	\$0	\$0 ⁵
Óptica para adultos (artículos para la vista)	Asignación de \$175 ¹⁸	Sin cobertura
Examen de la vista para adultos (de refracciones oculares)	\$0	\$0 ⁵

CARACTERÍSTICAS	Gold 90 KP Plus 250/35 PCP + Child Dental ALT†	
	Nivel de Proveedores Participantes (dentro de la red) ¹	Nivel de Proveedores No Participantes (fuera de la red) ^{5,14}
DEDUCIBLE DEL PLAN (Integrado)	Individual: \$250 ² / Familiar: \$500 ²	No se aplica
GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO (Integrado)	Individual: \$7,800 ^{2,3} / Familiar: \$15,600 ^{2,3}	
EN EL CONSULTORIO MÉDICO		
Consultas de atención primaria	\$35	\$55 ⁵
Consultas de atención de urgencia	\$35	Sin cobertura ⁷
Visitas al consultorio de atención especializada	\$55	\$75 ⁵
Servicios preventivos (por ejemplo, pruebas de detección, consultas prenatales y posparto, y vacunas)	\$0 ^{8,9}	\$0 ^{8,9}
Consultas de atención preventiva para el bienestar infantil	\$0 hasta los 23 meses de edad	\$0 hasta los 23 meses de edad
Servicios de fertilidad	Sin cobertura ¹⁰	Sin cobertura
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla	\$35	\$55 ⁵
La mayoría de los análisis de laboratorio	\$35 ¹¹	\$45 ⁵
La mayoría de las radiografías y pruebas de diagnóstico	\$55 ¹¹	\$75 ⁵
La mayoría de las resonancias magnéticas, tomografías computarizadas o por emisión de positrones	\$250 (después del deducible del plan) ¹¹	Sin cobertura
Cirugía para pacientes ambulatorios (por procedimiento)	\$335 (después del deducible del plan)	Sin cobertura
SERVICIOS DE EMERGENCIA		
Consultas en el Departamento de Emergencias (el cargo no se exige si es admitido directamente al hospital)	\$250 (después del deducible del plan)	\$250 (después del deducible del plan)
Ambulancia	\$250 (después del deducible del plan)	\$250 (después del deducible del plan)
RECETAS MÉDICAS (suministro de hasta 30 días)		
Genéricos (nivel 1)	\$15 ^{12,13}	\$20 ¹⁴
De marca (nivel 2)	\$40 ^{12,13}	\$60 ¹⁴
Medicamentos especializados (nivel 4)	20 % por medicamento recetado hasta un máximo de \$250 ¹²	Sin cobertura
ATENCIÓN PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS		
Servicios de médicos, habitación y comidas, pruebas, medicamentos, suministros, terapias, servicios para partos	\$600 por día hasta 5 días después del deducible del plan ¹⁵	Sin cobertura
SERVICIOS DE SALUD MENTAL		
Paciente ambulatorio (en el consultorio médico)	\$35	\$55 ⁵
Paciente hospitalizado (en el hospital)	\$600 por día hasta 5 días después del deducible del plan ¹⁵	Sin cobertura
SERVICIOS PARA TRATAR TRASTORNOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS		
Paciente ambulatorio (en el consultorio médico)	\$35	\$55 ⁵
Paciente hospitalizado (solo desintoxicación)	\$600 por día hasta 5 días después del deducible del plan ¹⁵	Sin cobertura
OTRO		
Atención virtual	\$0	\$20 ⁵
Servicios quiroprácticos y de acupuntura	\$35 por consulta para servicios de acupuntura con referencia de un médico solamente	Sin cobertura
Determinado equipo médico duradero (DME) (suplementario y básico)	20 % después del deducible del plan hasta un máximo anual de \$2,000 ¹⁶	Sin cobertura
Óptica pediátrica (artículos para la vista)	1 par de anteojos o lentes de contacto por año ¹⁷	Sin cobertura
Examen de la vista pediátrico	\$0	\$0 ⁵
Óptica para adultos (artículos para la vista)	Sin cobertura ¹⁹	Sin cobertura
Examen de la vista para adultos (de refracciones oculares)	\$0	\$0 ⁵

CARACTERÍSTICAS	Platinum 90 PPO 0/15 PCP + Child Dental	
	Nivel de Proveedores Participantes (dentro de la red) ¹	Nivel de Proveedores No Participantes (fuera de la red) ¹
DEDUCIBLE DEL PLAN (Integrado)	\$0	Individual: \$500 ² / Familiar: \$1,000 ²
GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO (Integrado)	Individual: \$4,500 ³ / Familiar: \$9,000 ³	Individual: \$9,000 ^{2,3} / Familiar: \$18,000 ^{2,3}
EN EL CONSULTORIO MÉDICO		
Consultas de atención primaria	\$15	30 % (después del deducible del plan)
Consultas de atención de urgencia	\$15	30 % (después del deducible del plan)
Visitas al consultorio de atención especializada	\$30	30 % (después del deducible del plan)
Servicios preventivos (por ejemplo, pruebas de detección, consultas prenatales y posparto, y vacunas)	\$0 ^{4,5,6,7}	30 % ^{4,5,6,7}
Consultas de atención preventiva para el bienestar infantil	\$0 hasta los 23 meses de edad	30 % hasta los 23 meses de edad
Servicios de fertilidad	Sin cobertura ^{8,9}	Sin cobertura
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla	\$15	30 % (después del deducible del plan)
La mayoría de los análisis de laboratorio	\$15	30 % (después del deducible del plan)
La mayoría de las radiografías y pruebas de diagnóstico	\$30	30 % (después del deducible del plan)
La mayoría de las resonancias magnéticas, tomografías computarizadas o por emisión de positrones	10 %	30 % (después del deducible del plan)
Cirugía para pacientes ambulatorios (por procedimiento)	10 %	30 % (después del deducible del plan)
SERVICIOS DE EMERGENCIA		
Consultas en el Departamento de Emergencias (el cargo no se exige si es admitido directamente al hospital)	\$200	\$200
Ambulancia	\$150	\$150
RECETAS MÉDICAS (suministro de hasta 30 días)		
Genéricos (nivel 1)	\$10 ^{10,11,12}	Sin cobertura
De marca (nivel 2)	\$25 ^{10,11,12}	Sin cobertura
Medicamentos especializados (nivel 4)	10 % por medicamento recetado hasta un máximo de \$250 ^{11,12}	Sin cobertura
ATENCIÓN PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS		
Servicios de médicos, habitación y comidas, pruebas, medicamentos, suministros, terapias, servicios para partos	10 %	30 % (después del deducible del plan)
SERVICIOS DE SALUD MENTAL		
Paciente ambulatorio (en el consultorio médico)	\$15	30 % (después del deducible del plan)
Paciente hospitalizado (en el hospital)	10 %	30 % (después del deducible del plan)
SERVICIOS PARA TRATAR TRASTORNOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS		
Paciente ambulatorio (en el consultorio médico)	\$15	30 % (después del deducible del plan)
Paciente hospitalizado (solo desintoxicación)	10 %	30 % (después del deducible del plan)
OTRO		
Atención virtual	\$0	\$0
Acupuntura (con referencia de un médico)	\$15 por consulta	30 % (después del deducible del plan)
Determinado equipo médico duradero (DME) (suplementario y básico)	10 % ^{13,14}	30 % (después del deducible del plan) ^{13,14}
Óptica pediátrica (artículos para la vista)	1 par de anteojos o lentes de contacto por año ¹⁵	10 % (después del deducible del plan) ¹⁵
Examen de la vista pediátrico	\$0	0 % (después del deducible del plan)
Óptica para adultos (artículos para la vista)	Sin cobertura	Sin cobertura
Examen de la vista para adultos (de refracciones oculares)	\$0	Sin cobertura

CARACTERÍSTICAS	Gold 80 PPO 350/25 PCP + Child Dental	
	Nivel de Proveedores Participantes (dentro de la red) ¹	Nivel de Proveedores No Participantes (fuera de la red) ¹
DEDUCIBLE DEL PLAN (Integrado)	Individual: \$350 ² / Familiar: \$700 ²	Individual: \$1,000 ² / Familiar: \$2,000 ²
GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO (Integrado)	Individual: \$7,800 ¹⁷ / Familiar: \$15,600 ¹⁷	Individual: \$15,600 ¹⁷ / Familiar: \$31,200 ¹⁷
EN EL CONSULTORIO MÉDICO		
Consultas de atención primaria	\$25	40 % (después del deducible del plan)
Consultas de atención de urgencia	\$25	40 % (después del deducible del plan)
Visitas al consultorio de atención especializada	\$50	40 % (después del deducible del plan)
Servicios preventivos (por ejemplo, pruebas de detección, consultas prenatales y posparto, y vacunas)	\$0 ^{4,5,6,7}	40 % ^{4,5,6,7}
Consultas de atención preventiva para el bienestar infantil	\$0 hasta los 23 meses de edad	40 % hasta los 23 meses de edad
Servicios de fertilidad	Sin cobertura ^{8,9}	Sin cobertura
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla	\$25	40 % (después del deducible del plan)
La mayoría de los análisis de laboratorio	\$25	40 % (después del deducible del plan)
La mayoría de las radiografías y pruebas de diagnóstico	\$65	40 % (después del deducible del plan)
La mayoría de las resonancias magnéticas, tomografías computarizadas o por emisión de positrones	20 %	40 % (después del deducible del plan)
Cirugía para pacientes ambulatorios (por procedimiento)	20 %	40 % (después del deducible del plan)
SERVICIOS DE EMERGENCIA		
Consultas en el Departamento de Emergencias (el cargo no se exige si es admitido directamente al hospital)	20 % (después del deducible del plan)	20 % (después del deducible del plan)
Ambulancia	20 % (después del deducible del plan)	20 % (después del deducible del plan)
RECETAS MÉDICAS (suministro de hasta 30 días)		
Genéricos (nivel 1)	\$15 ^{10,11,12}	Sin cobertura
De marca (nivel 2)	\$50 ^{10,11,12}	Sin cobertura
Medicamentos especializados (nivel 4)	25 % por medicamento recetado hasta un máximo de \$250 ^{11,12}	Sin cobertura
ATENCIÓN PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS		
Servicios de médicos, habitación y comidas, pruebas, medicamentos, suministros, terapias, servicios para partos	20 % (después del deducible del plan)	40 % (después del deducible del plan)
SERVICIOS DE SALUD MENTAL		
Paciente ambulatorio (en el consultorio médico)	\$25	40 % (después del deducible del plan)
Paciente hospitalizado (en el hospital)	20 % (después del deducible del plan)	40 % (después del deducible del plan)
SERVICIOS PARA TRATAR TRASTORNOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS		
Paciente ambulatorio (en el consultorio médico)	\$25	40 % (después del deducible del plan)
Paciente hospitalizado (solo desintoxicación)	20 % (después del deducible del plan)	40 % (después del deducible del plan)
OTRO		
Atención virtual	\$0	\$0
Acupuntura (con referencia de un médico)	\$25 por consulta	40 % (después del deducible del plan)
Determinado equipo médico duradero (DME) (suplementario y básico)	20 % ^{13,14}	40 % (después del deducible del plan) ^{13,14}
Óptica pediátrica (artículos para la vista)	1 par de anteojos o lentes de contacto por año ¹⁵	20 % (después del deducible del plan) ¹⁵
Examen de la vista pediátrico	\$0	0 % (después del deducible del plan)
Óptica para adultos (artículos para la vista)	Sin cobertura	Sin cobertura
Examen de la vista para adultos (de refracciones oculares)	\$0	Sin cobertura

Silver 70 PPO 2500/55 PCP + Child Dental		
CARACTERÍSTICAS	Nivel de Proveedores Participantes (dentro de la red) ¹	Nivel de Proveedores No Participantes (fuera de la red) ¹
DEDUCIBLE DEL PLAN (Integrado)	Individual: \$2,500 ² / Familiar: \$5,000 ²	Individual: \$5,000 ² / Familiar: \$10,000 ²
GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO (Integrado)	Individual: \$8,750 ^{2,17} / Familiar: \$17,500 ^{2,17}	Individual: \$17,500 ^{2,17} / Familiar: \$35,000 ^{2,17}
EN EL CONSULTORIO MÉDICO		
Consultas de atención primaria	\$55	40 % (después del deducible del plan)
Consultas de atención de urgencia	\$55	40 % (después del deducible del plan)
Visitas al consultorio de atención especializada	\$90	40 % (después del deducible del plan)
Servicios preventivos (por ejemplo, pruebas de detección, consultas prenatales y posparto, y vacunas)	\$0 ^{4,5,6,7}	40 % ^{4,5,6,7}
Consultas de atención preventiva para el bienestar infantil	\$0 hasta los 23 meses de edad	40 % hasta los 23 meses de edad
Servicios de fertilidad	Sin cobertura ^{8,9}	Sin cobertura
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla	\$55	40 % (después del deducible del plan)
La mayoría de los análisis de laboratorio	\$55	40 % (después del deducible del plan)
La mayoría de las radiografías y pruebas de diagnóstico	\$90	40 % (después del deducible del plan)
La mayoría de las resonancias magnéticas, tomografías computarizadas o por emisión de positrones	\$300 (después del deducible del plan)	40 % (después del deducible del plan)
Cirugía para pacientes ambulatorios (por procedimiento)	35 % (después del deducible del plan)	50 % (después del deducible del plan)
SERVICIOS DE EMERGENCIA		
Consultas en el Departamento de Emergencias (el cargo no se exige si es admitido directamente al hospital)	35 % (después del deducible del plan)	35 % (después del deducible del plan)
Ambulancia	35 % (después del deducible del plan)	35 % (después del deducible del plan)
RECETAS MÉDICAS (suministro de hasta 30 días)		
Genéricos (nivel 1)	\$19 ^{10,11,12}	Sin cobertura
De marca (nivel 2)	\$85 (después del deducible de medicamentos de \$300/\$600) ^{10,11,12,18}	Sin cobertura
Medicamentos especializados (nivel 4)	30 % por medicamento recetado hasta un máximo de \$250 (después del deducible de medicamentos de \$300/\$600) ^{11,12,18}	Sin cobertura
ATENCIÓN PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS		
Servicios de médicos, habitación y comidas, pruebas, medicamentos, suministros, terapias, servicios para partos	35 % (después del deducible del plan)	50 % (después del deducible del plan)
SERVICIOS DE SALUD MENTAL		
Paciente ambulatorio (en el consultorio médico)	\$55	40 % (después del deducible del plan)
Paciente hospitalizado (en el hospital)	35 % (después del deducible del plan)	50 % (después del deducible del plan)
SERVICIOS PARA TRATAR TRASTORNOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS		
Paciente ambulatorio (en el consultorio médico)	\$55	40 % (después del deducible del plan)
Paciente hospitalizado (solo desintoxicación)	35 % (después del deducible del plan)	50 % (después del deducible del plan)
OTRO		
Atención virtual	\$0	\$0
Servicios quiroprácticos y de acupuntura	\$55 por consulta	40 % (después del deducible del plan)
Determinado equipo médico duradero (DME) (suplementario y básico)	35 % ^{13,14}	40 % (después del deducible del plan) ^{13,14}
Óptica pediátrica (artículos para la vista)	1 par de anteojos o lentes de contacto por año ¹⁵	20 % (después del deducible del plan) ¹⁵
Examen de la vista pediátrico	\$0	0 % (después del deducible del plan)
Óptica para adultos (artículos para la vista)	Sin cobertura	Sin cobertura
Examen de la vista para adultos (de refracciones oculares)	\$0	Sin cobertura

CARACTERÍSTICAS	Bronze 60 PPO 5800/60 PCP + Child Dental	
	Nivel de Proveedores Participantes (dentro de la red) ¹	Nivel de Proveedores No Participantes (fuera de la red) ¹
DEDUCIBLE DEL PLAN (Integrado)	Individual: \$5,800 ² / Familiar: \$11,600 ²	Individual: \$10,800 ² / Familiar: \$21,600 ²
GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO (Integrado)	Individual: \$9,800 ^{2,17} / Familiar: \$19,600 ^{2,17}	Individual: \$17,700 ^{2,17} / Familiar: \$35,400 ^{2,17}
EN EL CONSULTORIO MÉDICO		
Consultas de atención primaria	\$60	100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) ³
Consultas de atención de urgencia	\$60	100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) ³
Visitas al consultorio de atención especializada	\$95 (el deducible se aplica después de las 3 primeras visitas no preventivas) ^{4,16}	100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) ³
Servicios preventivos (por ejemplo, pruebas de detección, consultas prenatales y posparto, y vacunas)	\$0 ^{4,5,6,7}	40 % ^{4,5,6,7}
Consultas de atención preventiva para el bienestar infantil	\$0 hasta los 23 meses de edad	40 % hasta los 23 meses de edad
Servicios de fertilidad	Sin cobertura ^{8,9}	Sin cobertura
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla	\$60	100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) ³
La mayoría de los análisis de laboratorio	\$50	100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) ³
La mayoría de las radiografías y pruebas de diagnóstico	40 % (después del deducible del plan)	100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) ³
La mayoría de las resonancias magnéticas, tomografías computarizadas o por emisión de positrones	40 % (después del deducible del plan)	100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) ³
Cirugía para pacientes ambulatorios (por procedimiento)	40 % (después del deducible del plan)	100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) ³
SERVICIOS DE EMERGENCIA		
Consultas en el Departamento de Emergencias (el cargo no se exige si es admitido directamente al hospital)	40 % (después del deducible del plan)	40 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) ³
Ambulancia	40 % (después del deducible del plan)	40 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) ³
RECETAS MÉDICAS (suministro de hasta 30 días)		
Genéricos (nivel 1)	\$20 ^{10,11,12}	Sin cobertura
De marca (nivel 2)	40 % por medicamento recetado hasta un máximo de \$500 (después del deducible de medicamentos de \$450/\$900) ^{10,11,12,19}	Sin cobertura
Medicamentos especializados (nivel 4)	40 % por medicamento recetado hasta un máximo de \$500 (después del deducible de medicamentos de \$450/\$900) ^{11,12,19}	Sin cobertura
ATENCIÓN PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS		
Servicios de médicos, habitación y comidas, pruebas, medicamentos, suministros, terapias, servicios para partos	40 % (después del deducible del plan)	100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) ³
SERVICIOS DE SALUD MENTAL		
Paciente ambulatorio (en el consultorio médico)	\$60	100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) ³
Paciente hospitalizado (en el hospital)	40 % (después del deducible del plan)	100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) ³
SERVICIOS PARA TRATAR TRASTORNOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS		
Paciente ambulatorio (en el consultorio médico)	\$60	100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) ³
Paciente hospitalizado (solo desintoxicación)	40 % (después del deducible del plan)	100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) ³
OTRO		
Atención virtual	\$0	\$0
Acupuntura (con referencia de un médico)	\$60 por consulta (después del deducible del plan)	100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) ³
Determinado equipo médico duradero (DME) (suplementario y básico)	40 % (después del deducible del plan) ^{13,14}	100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) ^{13,14}
Óptica pediátrica (artículos para la vista)	1 par de anteojos o lentes de contacto por año ¹⁵	100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) ¹⁵
Examen de la vista pediátrico	\$0	0 % (después del deducible del plan)
Óptica para adultos (artículos para la vista)	Sin cobertura	Sin cobertura
Examen de la vista para adultos (de refracciones oculares)	\$0	Sin cobertura



Beneficios de atención dental pediátrica

Los servicios de atención dental pediátrica son uno de los beneficios de salud esenciales de prestación obligatoria que se ofrecen con los planes médicos de nivel metal de la ACA. Cuando los empleados y sus dependientes se inscriban en los planes médicos de HMO o PPO que usted eligió, también los inscribiremos en un beneficio de atención dental pediátrica independiente suscrito por Delta Dental of California. Los beneficios de atención dental pediátrica para los miembros de los planes de HMO se proporcionan a través de la red DeltaCare® USA y para los miembros de los planes de PPO se proporcionan a través de la red Delta Dental PPO.

SERVICIOS	Beneficios de atención dental pediátrica en los planes de HMO	Beneficios de atención dental pediátrica en los planes de seguro de PPO ¹
	El miembro paga	El miembro paga
DEDUCIBLE	\$0	\$0
GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO	\$350 por cada menor / \$700 por varios menores	\$0 ²
PERIODO DE ESPERA	Ninguno	Ninguno
VISITA AL CONSULTORIO	\$0	\$0
ATENCIÓN PREVENTIVA Y DE DIAGNÓSTICO Evaluación bucal periódica y completa	\$0	\$0
Radiografías de mordida	\$0	\$0
Limpieza profiláctica	\$0	\$0
Tratamientos con fluoruro	\$0	\$0
Mantenedores de espacio	\$0	\$0
Reparación con sellador	\$0	\$0
PERIODONCIA Mantenimiento	\$30	50 %
Eliminación de sarro y alisado radicular	\$30	50 %
Cirugía: ósea (incluida la inserción y el cierre del colgajo)	\$265	50 %
DE RESTAURACIÓN Empastes: amalgama primaria o permanente	\$25	20 %
Coronas de empaste compuesto: a base de resina, una superficie, dientes anteriores	\$30	20 %
Corona: porcelana	\$300	20 %
ENDODONCIA Pulpotomía terapéutica	\$40	50 %
Tratamiento de endodoncia: dientes anteriores	\$195	50 %
Tratamiento de endodoncia: molares	\$300	50 %
PROSTODONCIA Dentadura postiza completa	\$300	50 %
Rebasado de una dentadura postiza maxilar: en el consultorio del dentista y limitaciones "Parciales"	\$60	50 %
Rebasado de una dentadura postiza maxilar: en el laboratorio y limitaciones "Parciales"	\$90	50 %
CIRUGÍA BUCAL Y MAXILOFACIAL Extracción de diente erupcionado o de raíz expuesta	\$65	50 %
Extirpación quirúrgica de diente erupcionado	\$120	50 %
ORTODONCIA (NECESARIA DESDE EL PUNTO DE VISTA MÉDICO)	\$350 ³	50 %

1. Los beneficios de atención dental pediátrica están integrados en todos los planes médicos de PPO de nivel metal. 2. No hay un gasto máximo de bolsillo independiente para los beneficios de atención dental pediátrica: se aplica al gasto máximo de bolsillo médico. 3. Solo incluye la ortodoncia médicamente necesaria.



A REGISTERED MARK OF DELTA DENTAL PLANS ASSOCIATION



Planes suplementarios de atención dental familiar

Delta Dental of California, uno de los proveedores de beneficios de atención dental más grandes y con más experiencia del país, administra estos planes.

Planes de atención dental de pago por servicio (Premier) de Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC)

Estos planes de seguro de atención dental están suscritos por Kaiser Permanente Insurance Company, una subsidiaria de Kaiser Foundation Health Plan, Inc., y son administrados por Delta Dental of California. Los planes que se detallan a continuación no tienen por objetivo cumplir con los beneficios de atención dental pediátrica de la ACA.

	PLAN C	PLAN D	PLAN E	PLAN E CON ORTOD.
SERVICIOS	El plan paga*	El plan paga*	El plan paga*	El plan paga*
NO SE APLICA NINGÚN DEDUCIBLE A ESTOS PROCEDIMIENTOS.				
EXAMEN: dos veces al año	100 %	100 %	100 %	100 %
RADIOGRAFÍAS DE MORDIDA: dos veces al año Para niños de hasta 18 años, o una vez al año para adultos de 19 años y mayores	100 %	100 %	100 %	100 %
OTRAS RADIOGRAFÍAS Radiografías de toda la boca, radiografías individuales y radiografías panorámicas una vez por periodo de 5 años	80 %	80 %	80 %	80 %
PROFILAXIS (LIMPIEZA) Una limpieza dos veces al año para eliminar la placa, los cálculos (placa mineralizada) y las manchas para ayudar a prevenir enfermedades dentales	100 %	100 %	100 %	100 %
FLUORURO Solo para niños de hasta 18 años, dos veces al año	100 %	100 %	100 %	100 %
MANTENEDORES DE ESPACIO	100 %	100 %	100 %	100 %
SE APLICAN DEDUCIBLES A LOS PROCEDIMIENTOS EN LOS PLANES D, E Y E CON ORTODONCIA.				
DEDUCIBLE Por persona, por año, hasta un máximo familiar de \$75 por año	Sin deducible	\$25	\$25	\$25
BENEFICIO MÁXIMO El beneficio máximo representa el monto anual total que el plan paga por persona, por año	\$500	\$1,000	\$1,000	\$1,000
IMPLANTES DENTALES	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
REBASADOS DE DENTADURA POSTIZA: dos veces al año	Sin cobertura	80 %	80 %	80 %
EMPASTES	80 %	80 %	80 %	80 %
CORONAS DE ACERO INOXIDABLE: dientes primarios únicamente	80 %	80 %	80 %	80 %
ENDODONCIA Una especialidad dental para el tratamiento de la raíz y el nervio del diente	Sin cobertura	80 %	80 %	80 %
PERIODONCIA Una especialidad dental para el tratamiento de las encías, el tejido y el hueso que sostiene los dientes	Sin cobertura	80 %	80 %	80 %
CIRUGÍA BUCAL	Sin cobertura	80 %	80 %	80 %
RESTAURACIONES DE CORONAS Y PRÓTESIS Incluye reemplazos después de 5 años, pero solo si originalmente tenía cobertura en el plan de atención dental de KPIC	Sin cobertura	Sin cobertura	50 %	50 %
PROSTODONCIA Aparato protésico extraíble estándar (incluye reemplazos después de 5 años, pero solo si originalmente tenía cobertura en el plan de atención dental de KPIC)	Sin cobertura	Sin cobertura	50 %	50 %
ORTODONCIA Para niños dependientes elegibles hasta los 18 años, máximo de \$1,500 de por vida por persona asegurada (no se cubre el reemplazo o la reparación de un aparato de ortodoncia pagado parcial o totalmente por este plan)	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	50 %

* Los beneficios pagaderos se basarán en los costos más bajos prevalecientes o en el monto presentado.

Planes de atención dental de PPO de Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC)

Fechas de vigencia: del 1/1/26 al 1/12/26

Estos planes de seguro de atención dental están suscritos por Kaiser Permanente Insurance Company, una subsidiaria de Kaiser Foundation Health Plan, Inc., y son administrados por Delta Dental of California. Los planes que se detallan a continuación no tienen por objetivo cumplir con los beneficios de atención dental pediátrica de la ACA.

SERVICIOS	PPO AG 1500		PPO AH 2000		PPO D 1500		PPO E 1000		PPO E 1500	
	El Plan Paga ¹ (en la Red de PPO)	El Plan Paga ^{1,2} (fuera de la Red)	El Plan Paga ¹ (en la Red de PPO)	El Plan Paga ^{1,2} (fuera de la Red)	El Plan Paga (en la Red de PPO + Premier)	El Plan Paga ² (fuera de la Red)	El Plan Paga (en la Red de PPO + Premier)	El Plan Paga ² (fuera de la Red)	El Plan Paga (en la Red de PPO + Premier)	El Plan Paga ² (fuera de la Red)
NO SE APLICA NINGÚN DEDUCIBLE A ESTOS PROCEDIMIENTOS.										
EXAMEN: dos veces al año	100 %	90 %	100 %	90 %	100 %	50 %	100 %	50 %	100 %	50 %
RADIOGRAFÍAS DE MORDIDA: dos veces al año Para niños de hasta 18 años, o una vez al año para adultos de 19 años y mayores	100 %	90 %	100 %	90 %	100 %	50 %	100 %	50 %	100 %	50 %
OTRAS RADIOGRAFÍAS Radiografías de toda la boca, radiografías individuales y radiografías panorámicas una vez por periodo de 5 años	80 %	70 %	80 %	70 %	80 %	50 %	80 %	50 %	80 %	50 %
PROFILAXIS (limpieza) Una limpieza dos veces al año para eliminar la placa, los cálculos (placa mineralizada) y las manchas para ayudar a prevenir enfermedades dentales	100 %	90 %	100 %	90 %	100 %	50 %	100 %	50 %	100 %	50 %
FLUORURO Solo para niños de hasta 18 años, dos veces al año	100 %	90 %	100 %	90 %	100 %	50 %	100 %	50 %	100 %	50 %
MANTENEDORES DE ESPACIO	100 %	90 %	100 %	90 %	100 %	50 %	100 %	50 %	100 %	50 %
SE APLICAN DEDUCIBLES A LOS SIGUIENTES PROCEDIMIENTOS.										
DEDUCIBLE	\$50	\$50	\$50	\$50	\$25	\$50	\$25	\$50	\$25	\$50
BENEFICIO MÁXIMO El beneficio máximo representa el monto anual total que el plan paga por persona, por año	\$1,500		\$2,000		\$1,500		\$1,000		\$1,500	
IMPLANTES DENTALES	Sin cobertura	Sin cobertura	50 %	50 %	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
REBASADOS DE DENTADURA POSTIZA: dos veces al año	80 %	70 %	80 %	70 %	80 %	50 %	80 %	50 %	80 %	50 %
EMPASTES	80 %	70 %	80 %	70 %	80 %	50 %	80 %	50 %	80 %	50 %
CORONAS DE ACERO INOXIDABLE: dientes primarios únicamente	80 %	70 %	80 %	70 %	80 %	50 %	80 %	50 %	80 %	50 %
ENDODONCIA Una especialidad dental para el tratamiento de la raíz y el nervio del diente	80 %	70 %	80 %	70 %	80 %	50 %	80 %	50 %	80 %	50 %
PERIODONCIA Una especialidad dental para el tratamiento de las encías, el tejido y el hueso que sostiene los dientes	80 %	70 %	80 %	70 %	80 %	50 %	80 %	50 %	80 %	50 %
CIRUGÍA BUCAL	80 %	70 %	80 %	70 %	80 %	50 %	80 %	50 %	80 %	50 %
RESTAURACIONES DE CORONAS Y PRÓTESIS Incluye reemplazos después de 5 años, pero solo si originalmente tenía cobertura en el plan de atención dental de KPIC	50 %	50 %	50 %	50 %	Sin cobertura	Sin cobertura	50 %	50 %	50 %	50 %
PROSTODONCIA Aparato protésico extraíble estándar (incluye reemplazos después de 5 años, pero solo si originalmente tenía cobertura en el plan de atención dental de KPIC)	50 %	50 %	50 %	50 %	Sin cobertura	Sin cobertura	50 %	50 %	50 %	50 %
ORTODONCIA Para niños dependientes elegibles de hasta 18 años, máximo de \$1,500 de por vida por persona asegurada (no se cubre el reemplazo o la reparación de un aparato de ortodoncia pagado parcial o totalmente por este plan)	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura

1. El reembolso para todos los dentistas se basará en el costo de PPO del proveedor. 2. Los beneficios pagaderos se basarán en el costo prevaleciente o en el monto presentado, el que sea menor.

Planes de atención dental DeltaCare HMO

Fechas de vigencia: del 1/1/26 al 1/12/26

DeltaCare USA está suscrito y es administrado por Delta Dental of California. Los planes que se detallan a continuación no tienen por objetivo cumplir con los beneficios de atención dental pediátrica de la ACA.

SERVICIOS	DELTACARE 10A	DELTACARE 13B
	El Miembro Paga	El Miembro Paga
ATENCIÓN PREVENTIVA: dos veces al año Evaluación bucal periódica y completa	Sin costo	Sin costo
Radiografías de mordida: dos veces al año Para niños de hasta 18 años, o una vez al año para adultos de 19 años y mayores	Sin costo	Sin costo
Profilaxis: dos veces al año	Sin costo	Sin costo
Tratamientos con fluoruro Solo para menores de hasta 19 años, dos veces al año	Sin costo	Sin costo
Mantenedores de espacio Removible: unilateral	\$10	\$50
PERIODONCIA: dos veces al año Mantenimiento	Sin costo	\$35
Eliminación de sarro y alisado radicular Límite de cuatro cuadrantes por año	Sin costo	\$50
Cirugía: ósea (incluida la inserción y el cierre del colgajo) Cuatro o más dientes por cuadrante	\$175	\$300
DE RESTAURACIÓN: cuatro o más superficies Empastes: amalgama primaria o permanente	Sin costo	Sin costo
Coronas de empaste compuesto: a base de resina Dientes anteriores	Sin costo	\$55
Corona de porcelana	\$195	\$355
Incrustaciones metálicas 1 superficie	Sin costo	\$145
ENDODONCIA Pulpotomía terapéutica Excluye la restauración final	Sin costo	\$25
Extracción de raíz: por raíz	Sin costo	\$70
Endodoncia: dientes anteriores Excluye la restauración final	\$45	\$95
Endodoncia: molares Excluye la restauración final	\$205	\$335
PROSTODONCIA: Dentadura postiza completa La elegibilidad de la persona inscrita debe estar vigente y el servicio tiene que proporcionarse en el centro de atención del dentista contratado en el que originalmente se entregó la dentadura postiza.	\$100	\$285
Rebasado de una dentadura postiza maxilar o mandibular en el consultorio del dentista Completo o parcial	Sin costo	\$50
Rebasado de una dentadura postiza maxilar o mandibular en el laboratorio Completo o parcial	\$35	\$85
CIRUGÍA BUCAL Y MAXILOFACIAL Extracción de diente erupcionado o de raíz expuesta Extracción con fórceps o por elevación	Sin costo	\$5
Extirpación quirúrgica de diente erupcionado Completa o parcial	\$15	\$45
ORTODONCIA Ortodoncia completa Menores de hasta 19 años	\$1,700	\$1,900
Ortodoncia completa Adultos, incluidos los hijos adultos dependientes con cobertura	\$1,900	\$2,100

Los beneficios enumerados arriba son solo una muestra de los servicios proporcionados y los costos asociados. Los costos variarán. Consulte la lista completa de todos los servicios y costos en la *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)*. Los beneficios de DeltaCare solo están cubiertos cuando los proporciona un proveedor de la red de California DeltaCare HMO. En California, DeltaCare USA está suscrito y es administrado por Delta Dental of California.



A REGISTERED MARK OF DELTA DENTAL PLANS ASSOCIATION



Exclusiones para los planes de atención dental de PPO de KPIC y de pago por servicio de KPIC (Premier)

Los planes de seguro de atención dental de PPO y de pago por servicio (Premier) de KPIC no tienen por objetivo cumplir con los beneficios de atención dental pediátrica de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (*Affordable Care Act*, ACA).

Los siguientes servicios no están cubiertos por ninguno de los planes de seguro de atención dental del grupo de Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC):

- Cirugía estética, odontología o servicios para corregir malformaciones hereditarias, congénitas o del desarrollo
- Restauración de la estructura del diente, coronas o restauraciones de prótesis, o superficies de mordida en caso de daños por desgaste
- Servicios o procedimientos prostodónticos iniciados antes de la fecha de elegibilidad de una persona.
- Medicamentos, analgésicos, agentes antimicrobianos o procedimientos experimentales o de investigación
- Anestesia (excepto la anestesia general para cirugía bucal).
- Servicios para implantes (aparatos protésicos instalados dentro o sobre el hueso de la mandíbula superior o inferior para retener o sostener una prótesis dental), su extracción u otros procedimientos asociados. (No se aplica al plan PPO AH 2000).
- Tratamiento relacionado con la articulación temporomandibular (*temporomandibular joint*, TMJ).
- Tratamiento de ortodoncia, excepto para hijos dependientes elegibles según el Plan E con Ortodoncia.
- Planes de tratamiento con servicios de mayor nivel que los que se proporcionan habitualmente según la práctica dental aceptada o uso de técnicas especializadas en lugar de procedimientos estándares; por ejemplo, una dentadura postiza de precisión cuando una estándar sería suficiente.
- Reemplazo de una restauración existente para cualquier fin que no sean caries dentales activas.
- Sedación intravenosa, protectores oclusales o ajuste oclusal completo.

Se recomienda la determinación previa de beneficios para los servicios que superen los \$300. Este documento no es una descripción resumida del plan ni está diseñado para usarse como Certificado de Seguro o Programa de Cobertura. Solamente incluye un resumen de los beneficios, las exclusiones y las limitaciones.

Si tiene preguntas específicas sobre la estructura de los beneficios, las limitaciones o las exclusiones, consulte el *Certificado de Seguro* y el *Programa de Cobertura* o comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente de Delta Dental al **800-835-2244**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Para obtener una lista de los proveedores de la red, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente de Delta Dental o visite **deltadentalins.com**.

Este plan de seguro de atención dental está suscrito por Kaiser Permanente Insurance Company, una subsidiaria de Kaiser Foundation Health Plan, Inc. y es administrado por Delta Dental of California.

Exclusiones a los beneficios de los planes de atención dental DeltaCare HMO

Los planes DeltaCare HMO no tienen el objetivo de satisfacer los requisitos de la ACA para beneficios de atención dental pediátrica.

- El plan de atención dental DeltaCare HMO no está disponible para los empleados inscritos en un plan médico de PPO que no vivan en California.
- Cualquier procedimiento para el que, desde el punto de vista profesional del dentista contratado:
 - no se pueda pronosticar un resultado satisfactorio y una durabilidad razonable debido al estado del diente o de los dientes, o de las estructuras cercanas;
 - no siga las normas de odontología generalmente aceptadas.
- Servicios que solo tengan fines estéticos, a excepción del procedimiento D9972 (blanqueamiento externo, por arco), o servicios para condiciones que sean consecuencia de algún defecto hereditario o del desarrollo, como el paladar hendido, malformaciones de la mandíbula superior o inferior, falta de dientes por razones congénitas, y dientes descoloridos o con falta de esmalte, excepto el tratamiento de recién nacidos con defectos congénitos o anomalías de nacimiento.
- Coronas de porcelana, porcelana fundida con metal, coronas de metal o de resina con metal, y dentaduras postizas parciales fijas (puentes) para niños menores de 16 años de edad.
- Pérdida o robo de aparatos, entre ellos, dentaduras postizas parciales o completas, mantenedores de espacio, coronas y dentaduras postizas parciales fijas (puentes).
- Procedimientos, aparatos o restauraciones, si el fin es cambiar la dimensión vertical, o diagnosticar o tratar condiciones anormales de la articulación temporomandibular (TMJ).
- Metal precioso para aparatos extraíbles, bases blandas metálicas o permanentes para dentaduras postizas completas, dientes de dentaduras postizas de porcelana, pilares de precisión para dentaduras postizas parciales o fijas extraíbles (revestimientos, implantes y aparatos relacionados con estos), y personalización y caracterización de dentaduras postizas completas y parciales.
- Aparatos y accesorios dentales sostenidos por implantes; colocación, mantenimiento o extracción de implantes, y todos los demás servicios relacionados con implantes dentales.
- Consultas para beneficios no cubiertos.
- Servicios dentales proporcionados por cualquier centro de odontología que no sea el del dentista contratado asignado, por un especialista dental previamente autorizado o por un ortodoncista contratado, a excepción de los Servicios de Emergencia, tal como se describen en el contrato o la *Evidencia de Cobertura*.
- Todos los costos relacionados con la admisión, el uso o las estadías en un hospital, un centro de cirugía para pacientes ambulatorios, un centro de atención prolongada u otro centro de atención similar.
- Medicamentos recetados.
- Gastos dentales incurridos debido a algún procedimiento dental o de ortodoncia iniciado antes de que la persona inscrita sea elegible para el programa DeltaCare USA. Estos son algunos ejemplos: preparación de dientes para coronas, tratamientos de endodoncia en curso, dentaduras postizas parciales o completas para las que se haya realizado una impresión y servicios de ortodoncia, a menos que reúnan los requisitos de la disposición de tratamientos de ortodoncia en curso.
- Aparatos de ortodoncia perdidos, robados o dañados.
- Cambios en el tratamiento de ortodoncia que se necesiten por un accidente de cualquier tipo.
- Aparatos o terapias miofuncionales y parafuncionales.
- Brackets compuestos o de cerámica, adaptación lingual de bandas ortodónticas y otras alternativas especializadas o estéticas en lugar de aparatos de ortodoncia estándar, fijos y extraíbles.
- Tratamiento o aparatos proporcionados por un dentista que se especializa en servicios de prostodoncia.

Para obtener más información sobre los beneficios o el directorio de dentistas de Delta, llame a Delta Dental al 800-422-4234 o visite deltadentalins.com.



A REGISTERED MARK OF DELTA DENTAL PLANS ASSOCIATION





Servicios quiroprácticos y de acupuntura*

American Specialty Health Plans of California, Inc® (ASH Plans) administra los servicios.

CARACTERÍSTICAS	El Miembro Paga
Copago por visita al consultorio	\$15 por consulta
Límite de visitas al consultorio	20 consultas combinadas por año
Beneficio de aparatos quiroprácticos	Se suministran aparatos quiroprácticos por un valor de hasta \$50 por año, cuando los recete y proporcione un quiropráctico participante de ASH Plans, como parte de su atención quiropráctica.
Radiografías y análisis de laboratorio	\$0

Services

Los servicios quiroprácticos necesarios desde el punto de vista médico están cubiertos cuando los presta un proveedor participante para tratar o diagnosticar trastornos musculoesqueléticos y condiciones relacionadas. Los servicios de acupuntura necesarios desde el punto de vista médico están cubiertos cuando los presta un acupunturista participante para tratar o diagnosticar trastornos musculoesqueléticos y condiciones relacionadas, náuseas o dolor. **Puede recibir servicios de cualquier quiropráctico y acupunturista participante de ASH Plans sin una referencia de un médico del plan de Kaiser Permanente.**

Visitas al consultorio: solo se cubren los servicios quiroprácticos y de acupuntura necesarios desde el punto de vista médico autorizados y prestados por proveedores participantes de ASH, excepto en el caso del examen inicial, los servicios quiroprácticos y de acupuntura de emergencia y de urgencia, y los servicios que no estén disponibles a través de proveedores participantes de ASH o de otros proveedores con licencia contratados por ASH para brindar la atención cubierta. **Usted puede hacerse un examen inicial a través de cualquier proveedor participante de ASH sin referencia de un médico del plan de Kaiser Permanente.** Cada visita al consultorio cuenta para cualquier límite de consultas, si corresponde.

Las radiografías y los análisis de laboratorio médicamente necesarios tienen cobertura sin cargo cuando se recetan como parte de la atención quiropráctica cubierta y un proveedor participante de ASH presta los servicios o lo refiere a otro proveedor con licencia contratado por ASH para prestar los servicios.

Servicios de emergencia: servicios quiroprácticos cubiertos prestados para el tratamiento de un trastorno musculoesquelético y trastornos relacionados que ocasionan síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido el dolor intenso) que podrían poner en grave riesgo su salud, sus funciones corporales o los órganos del cuerpo si no recibiera servicios quiroprácticos inmediatos.

Servicios de acupuntura cubiertos prestados para el tratamiento de un trastorno musculoesquelético y trastornos relacionados, náuseas o dolor que ocasionan síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido el dolor intenso) que ponen en grave riesgo su salud, sus funciones corporales o los órganos del cuerpo si no recibe servicios de acupuntura inmediatos.

Quiroprácticos y acupunturistas participantes

ASH Plans contrata a proveedores participantes de ASH y a otros proveedores con licencia para prestar los servicios quiroprácticos y de acupuntura cubiertos. Usted debe recibir estos servicios de un proveedor participante de ASH u otro proveedor con licencia contratado por ASH, excepto para servicios quiroprácticos o de acupuntura de emergencia, servicios quiroprácticos o de acupuntura de urgencia, servicios que no estén disponibles a través de los proveedores contratados y servicios que ASH Plans autorice con antelación. Para obtener la lista de los proveedores participantes de ASH, visite el sitio web de ASH Plans en ashlink.com/ash/kaisercamedicare para miembros de Kaiser Permanente Senior Advantage o en ashlink.com/ash/kp para los demás miembros, o bien llame al Departamento de Servicio al Cliente de ASH Plans al **800-678-9133 (TTY 711)**. La lista de proveedores participantes de ASH está sujeta a cambios en cualquier momento y sin previo aviso.

Cómo obtener servicios cubiertos

Para obtener servicios cubiertos, llame a un proveedor participante de ASH y haga una cita para el examen inicial. Si necesita servicios, es posible que se requiera una verificación de que los servicios son necesarios desde el punto de vista médico. El proveedor participante de ASH solicitará cualquier tratamiento médico necesario. Un profesional clínico de salud de ASH Plans de una especialidad idéntica o similar a la del proveedor de servicios en consideración decidirá si los servicios son o fueron necesarios desde el punto de vista médico. ASH Plans le informará, cuando usted lo solicite, los criterios por escrito que se siguen para autorizar, modificar, posponer o denegar una solicitud de autorización. Si tiene alguna pregunta o inquietud, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente de ASH Plans.

Este resumen tiene como objetivo únicamente responder las preguntas más frecuentes sobre el beneficio de servicios quiroprácticos y de acupuntura, incluidos los copagos. Consulte la *Enmienda sobre los Servicios Quiroprácticos y de Acupuntura Combinados de la Evidencia de Cobertura de Kaiser Foundation Health Plan, Inc.*, para obtener una descripción detallada de los beneficios de atención quiropráctica y de acupuntura, incluidas las exclusiones y limitaciones, y los servicios quiroprácticos y de acupuntura de emergencia.

Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (plan de salud) tiene un contrato con American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans) para poner a su disposición la red de quiroprácticos y acupunturistas participantes de ASH Plans. **No necesita una referencia de un médico del plan para recibir servicios cubiertos de cualquier quiropráctico o acupunturista participante.** Los costos compartidos se pagan cuando recibe los servicios cubiertos. Consulte los términos que debe conocer en la sección de definiciones de la *Enmienda sobre los Servicios Combinados de Quiropráctica y de Acupuntura de la Evidencia de Cobertura de Kaiser Foundation Health Plan, Inc.*

* La cobertura combinada para los servicios quiroprácticos y de acupuntura está incluida en los siguientes planes:

- Platinum 90 HMO 0/10 PCP + Child Dental Alt
- Platinum 90 HMO 250/30 PCP + Child Dental Alt
- Gold 80 HMO 0/40 PCP + Child Dental Alt
- Gold 80 HMO 500/35 PCP + Child Dental Alt
- Gold 80 HMO 1000/40 PCP + Child Dental Alt
- Silver 70 HMO 2000/65 PCP + Child Dental Alt
- Silver 70 HMO 2300/65 PCP + Child Dental Alt
- Silver 70 HMO 3100/75 PCP + Child Dental Alt

Cómo obtener ayuda

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre los servicios que recibió de un proveedor participante, puede llamar a Servicio a los Miembros de ASH Plans al **800-678-9133** (los usuarios de TTY pueden llamar al **711**), de lunes a viernes, de 5 a. m. a 6 p. m., o escribir a ASH Plans a:

Servicios a los Miembros de ASH Plans
P.O. Box 509002
San Diego, CA 92150-9002

Resolución de disputas

Tiene derecho a presentar una queja formal ante Kaiser Permanente por cualquier problema. La queja formal debe incluir toda la información necesaria, por ejemplo, por qué cree que se tomó una decisión equivocada o por qué no está satisfecho con los servicios que recibió. Puede presentar su queja formal oralmente o por escrito ante Kaiser Permanente, como se describe en la sección "Resolución de Disputas" de la *Evidencia de Cobertura* del plan de salud.



Beneficios de equipo médico duradero (DME)

Beneficios terapéuticos a domicilio para pacientes con determinadas condiciones médicas o enfermedades.

Todos los planes de Kaiser Permanente de nivel metal para grupos pequeños cubren equipos médicos duraderos (*durable medical equipment, DME*) "básicos" que forman parte de los beneficios de salud esenciales y DME "suplementarios" que no forman parte de dichos beneficios.

Los beneficios de DME suplementarios están sujetos a un beneficio máximo de \$2,000 cada año.

La siguiente es una lista de ejemplo de los DME cubiertos.*

Cobertura básica de DME

- Monitor de glucosa en la sangre y suministros
- Estimulador óseo
- Bastones y muletas
- Tracción cervical (para ser instalada sobre la puerta)
- Almohadilla de presión seca
- Bombas para infusión y suministros
- Soporte para vía intravenosa
- Nebulizador y suministros
- Medidores de flujo máximo
- Mantas de fototerapia

Cobertura de DME complementario

- Tanques de oxígeno
- Equipo de presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP)
- Sillas de ruedas
- Camas de hospital

* Si se encuentra fuera de un área de Kaiser Permanente, algunos artículos de DME pueden no tener cobertura. Para obtener más información sobre los beneficios de DME, incluidos los costos compartidos, máximo de beneficios y limitaciones, consulte el *Formulario de Revelación y la Evidencia de Cobertura Combinados* o el *Certificado de Seguro*.

Atención pediátrica de la vista

(Servicios prestados únicamente en Kaiser Permanente para Kaiser Permanente Vision Essentials)

Los planes de salud autorizados por la Ley de Cuidado de Salud Asequible (*Affordable Care Act, ACA*) incluyen beneficios para la vista y atención médica de optometristas y oftalmólogos confiables de Kaiser Permanente. Puede vincular la atención de la vista con la salud integral mediante Vision Essentials by Kaiser Permanente. Como nuestros optometristas y oftalmólogos trabajan con el sistema de atención integrado, están conectados con el equipo más amplio de profesionales de la salud. Los exámenes de los ojos habituales pueden detectar no solo problemas de la vista, sino también síntomas de otros problemas de salud importantes.

En el caso de los pacientes menores de 19 años con cobertura de un plan de nivel metal conforme a la ACA, un proveedor de Kaiser Permanente debe prestar los servicios. Para cubrir sus necesidades, podrán elegir entre anteojos claros comunes o lentes de contacto de Value Collection.

CARACTERÍSTICAS	EL MIEMBRO PAGA
EXAMEN RUTINARIO DE LA VISTA¹	\$0
OPCIÓN DE ANTEOJOS² Examen de la vista anual con refracción Anteojos claros comunes (únicamente lentes y armazones de anteojos Value Collection)	\$0 \$0
OPCIÓN DE LENTES DE CONTACTO³ Examen de la vista anual con refracción Tarifas de ajuste de lentes de contacto Un par de lentes de contacto estándares o desechables	\$0 \$0 \$0

1. Programe un examen rutinario de los ojos con un optometrista del plan para determinar si es necesario corregir la vista y proporcionar una receta para lentes de anteojos (**no está sujeto al deducible del plan**). **2.** Si prefiere usar anteojos en lugar de lentes de contacto, cubrimos un par de anteojos completo (marco y lentes para anteojos regulares) de nuestra colección económica designada (**no está sujeto al deducible del plan**) cada 12 meses cuando lo recete un médico u optometrista y un proveedor del plan coloque los lentes en un armazón. **3.** Si prefiere usar lentes de contacto en lugar de anteojos, cubrimos uno de los siguientes, incluidos el ajuste y la entrega, (**no sujeto al deducible del plan**) cuando los recete un médico u optometrista, y se obtengan en un consultorio médico o una oficina de venta de productos ópticos del plan: • lentes de contacto estándares: un par cada 12 meses; • lentes de contacto desechables: un suministro de 6 meses por ojo cada 12 meses.

Información importante

Para encontrar centros, productos y servicios de los planes de nivel metal, ingrese a kp2020.org (en inglés). Para obtener más información detallada sobre la atención pediátrica para la vista, consulte el *Formulario de Revelación y la Evidencia de Cobertura Combinados*.

Notas al pie de los planes de HMO

Los montos de los costos compartidos para todos los servicios dentro de la red se acumulan para alcanzar el gasto máximo de bolsillo.

Los servicios preventivos están disponibles sin costo compartido, excepto los que brinden los proveedores no participantes. Consulte la lista completa de servicios preventivos en la *Evidencia de Cobertura*, el Certificado de Seguro o en business.kp.org (en inglés).

Los planes de Kaiser Permanente no incluyen una cláusula relativa a los problemas de salud que tenía desde antes de solicitar seguro médico.

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

† La abreviatura "ALT", en ciertos nombres de planes, se usa para designar planes desarrollados por Kaiser Permanente.

1. Este plan tiene un gasto máximo de bolsillo integrado. 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. Este plan tiene un deducible y un gasto máximo de bolsillo 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.
3. El gasto máximo de bolsillo es el monto máximo que una persona o familia pagarán por determinados servicios en un año.
4. Los análisis de laboratorio, las radiografías y las vacunas con fines preventivos tienen cobertura como parte del examen preventivo.
5. Consultas prenatales programadas y consultas posparto.
6. Las pruebas de laboratorio y de diagnóstico, las radiografías y las resonancias magnéticas y tomografías computarizadas o por emisión de positrones relacionadas con los servicios preventivos se ofrecen sin cargo.
7. Los medicamentos recetados tienen cobertura de acuerdo con nuestra lista de medicamentos cubiertos cuando los receta un médico del plan y se obtienen en farmacias del plan. Algunos medicamentos tienen copagos diferentes. Para obtener información sobre la lista de medicamentos cubiertos disponibles, incluidos los medicamentos especializados, ingrese a kp.org/formulary (haga clic en "Español") o llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros.
8. Pedido por correo: suministro de hasta 100 días de medicamentos recetados autorizados por el costo de un suministro de 60 días.
9. El asegurado debe pagar el copago de los medicamentos de marca más la diferencia en el costo entre el medicamento genérico y el de marca cuando solicite un medicamento de marca y haya una versión genérica disponible.
10. Después de 5 días, los días adicionales para la misma hospitalización se cubren sin cargo.
11. Se cubre el DME básico y suplementario. El DME suplementario se limita a un beneficio máximo combinado de \$2,000 por año para los servicios. Consulte la *Evidencia de cobertura* para obtener información sobre lo que está incluido en su beneficio de DME.
12. Menores de 19 años. Un par de anteojos de una selección limitada.
13. Los miembros de Kaiser Permanente tienen derecho a recibir un descuento en los anteojos y lentes de contacto que compren 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 (en inglés) para conocer las ubicaciones de los centros ópticos de Kaiser Permanente.
14. Los miembros de Kaiser Permanente tienen derecho a recibir un descuento en los anteojos y lentes de contacto que compren 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 (en inglés) para conocer las ubicaciones de los centros ópticos de Kaiser Permanente.
15. Solamente usted: una familia de 1 integrante. Individual: cada miembro de una familia de 2 o más miembros. Familiar: toda la familia de 2 o más miembros.
16. Los grupos que elijan el plan Gold 80 HRA HMO 2250/35 + Child Dental tienen que establecer y financiar un HRA para cada empleado inscrito. Las opciones de financiamiento permitido son de \$200 o \$400 por empleado y de \$400 u \$800 respectivamente por familia, si el grupo cubre dependientes.
17. Para los miembros del plan HDHP HMO que admite HSA, todas las consultas de telemedicina programadas para atención no preventiva (por teléfono y video).
18. Este plan tiene un deducible para medicamentos de \$100 por individuo y de \$200 por familia para los costos de recetas médicas y gasto máximo de bolsillo. Cada uno de los miembros de la familia empezará a pagar copagos o coseguros después de alcanzar su propio deducible individual o el gasto máximo de bolsillo (según el beneficio), o cuando se alcance el deducible familiar. 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.
19. Este plan tiene un deducible para medicamentos de \$250 por individuo y de \$500 por familia para los costos de recetas médicas y gasto máximo de bolsillo. Cada uno de los miembros de la familia empezará a pagar copagos o coseguros después de alcanzar su propio deducible individual o el gasto máximo de bolsillo (según el beneficio), o cuando se alcance el deducible familiar. 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.
20. Este plan tiene un deducible para medicamentos de \$300 por individuo y de \$600 por familia para los costos de recetas médicas y gasto máximo de bolsillo. Cada uno de los miembros de la familia empezará a pagar copagos o coseguros después de alcanzar su propio deducible individual o el gasto máximo de bolsillo (según el beneficio), o cuando se alcance el deducible familiar. 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.
21. Este plan tiene un deducible para medicamentos de \$500 por individuo y de \$1,000 por familia para los costos de recetas médicas y gasto máximo de bolsillo. Cada uno de los miembros de la familia empezará a pagar copagos o coseguros después de alcanzar su propio deducible individual o el gasto máximo de bolsillo (según el beneficio), o cuando se alcance el deducible familiar. 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.
22. Este plan tiene un deducible para medicamentos de \$450 por individuo y de \$900 por familia para los costos de recetas médicas y gasto máximo de bolsillo. Cada uno de los miembros de la familia empezará a pagar copagos o coseguros después de alcanzar su propio deducible individual o el gasto máximo de bolsillo (según el beneficio), o cuando se alcance el deducible familiar. 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.
23. El deducible del plan no se aplica a sus primeras tres visitas de atención especializada tal como se describe en la *Evidencia de Cobertura*.
24. Los pagos se calculan según el cargo admisible máximo por los servicios cubiertos. El cargo admisible máximo se refiere a la cantidad que sea menor entre los cargos usuales, costosos y razonables, la tarifa negociada o los cargos reales facturados. El cargo admisible máximo puede ser inferior al monto real que el proveedor facture. Las personas con cobertura podrían tener que pagar cualquier monto que supere el cargo admisible máximo por un servicio cubierto.
25. Los cargos cubiertos en los que se incurra para alcanzar el gasto máximo de bolsillo en el nivel de proveedores no participantes no se acumularán para llegar al gasto máximo de bolsillo en el nivel de proveedores participantes. De la misma manera, los cargos cubiertos en los que se incurra para alcanzar el gasto máximo de bolsillo en el nivel de proveedores participantes no se acumularán para alcanzar el gasto máximo de bolsillo en el nivel de proveedores no participantes. Para comprender bien a qué se refiere el gasto máximo de bolsillo, consulte el Certificado de Seguro.
26. Las consultas prenatales de rutina tienen cobertura según lo exige la Ley de Cuidado de Salud Asequible (*Affordable Care Act, ACA*). Esto incluye la historia clínica inicial y las subsiguientes, los exámenes físicos, el registro del peso, la presión arterial y los latidos cardíacos fetales, y los análisis químicos de orina de rutina.
27. 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.
28. El deducible no se aplica durante las primeras 3 consultas de atención especializada.

Notas al pie de los planes KP Plus

Los montos de los costos compartidos para todos los servicios dentro de la red se acumulan para alcanzar el gasto máximo de bolsillo.

Los servicios preventivos están disponibles sin costo compartido, excepto los que brinden los proveedores no participantes. Consulte la lista completa de servicios preventivos en la *Evidencia de Cobertura*, el Certificado de Seguro o en business.kp.org (en inglés).

Los planes de Kaiser Permanente no incluyen una cláusula relativa a los problemas de salud que tenía desde antes de solicitar seguro médico.

† La abreviatura "ALT", en ciertos nombres de planes, se usa para designar planes desarrollados por Kaiser Permanente.

1. Los pagos se calculan según el cargo admisible máximo por los servicios cubiertos. El cargo admisible máximo se refiere a la cantidad que sea menor entre los cargos usuales, costumarios y razonables, la tarifa negociada o los cargos reales facturados. El cargo admisible máximo puede ser inferior al monto real que el proveedor facture. Las personas con cobertura podrían tener que pagar cualquier monto que supere el cargo admisible máximo por un servicio cubierto.
2. Este plan tiene un gasto máximo de bolsillo integrado. 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.
3. Este plan tiene un deducible y un gasto máximo de bolsillo 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.
4. El gasto máximo de bolsillo es el monto máximo que una persona o familia pagarán por determinados servicios en un año.
5. Limitado a un total combinado de 10 servicios para pacientes ambulatorios cubiertos de proveedores fuera de la red (*out-of-network*, OON). Consulte la *Evidencia de Cobertura* para obtener una lista completa de los servicios para pacientes ambulatorios que están cubiertos.
6. Los proveedores de atención de urgencia fuera de la red están cubiertos como un beneficio dentro de la red cuando usted se encuentra fuera del área de servicio con un copago de \$10. Consulte la *Evidencia de Cobertura*.
7. Los proveedores de atención de urgencia fuera de la red están cubiertos como un beneficio dentro de la red cuando usted se encuentra fuera del área de servicio con un copago de \$35. Consulte la *Evidencia de Cobertura*.
8. Los análisis de laboratorio, las radiografías y las vacunas con fines preventivos tienen cobertura como parte del examen preventivo.
9. Consultas prenatales programadas y consultas posparto.
10. 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.
11. Las pruebas de laboratorio y de diagnóstico, las radiografías y las resonancias magnéticas y tomografías computarizadas o por emisión de positrones relacionadas con los servicios preventivos se ofrecen sin cargo.
12. Los medicamentos recetados tienen cobertura de acuerdo con nuestra lista de medicamentos cubiertos cuando los receta un médico del plan y se obtienen en farmacias del plan. Algunos medicamentos tienen copagos diferentes. Para obtener información sobre la lista de medicamentos cubiertos disponibles, incluidos los medicamentos especializados, ingrese a kp.org/formulary (haga clic en "Español") o llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros.
13. Pedido por correo: suministro de hasta 100 días de medicamentos recetados autorizados por el costo de un suministro de 60 días.
14. Limitado a 5 surtidos de medicamentos fuera de la red (combinados de cualquier nivel). Consulte la *Evidencia de Cobertura* para obtener una lista completa de los medicamentos recetados y artículos que están cubiertos.
15. Después de 5 días, los días adicionales para la misma hospitalización se cubren sin cargo.
16. Se cubre el DME básico y suplementario. El DME suplementario se limita a un beneficio máximo combinado de \$2,000 por año para los servicios. Consulte la *Evidencia de Cobertura* para obtener información sobre lo que está incluido en su beneficio de DME.
17. Menores de 19 años. Un par de anteojos de una selección limitada.
18. Asignación para el costo de lentes de anteojos, armazones, y el ajuste y la entrega de lentes de contacto cada 24 meses.
19. Los miembros de Kaiser Permanente tienen derecho a recibir un descuento en los anteojos y lentes de contacto que compren 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 (en inglés) para conocer las ubicaciones de los centros ópticos de Kaiser Permanente.

Notas al pie de los planes de PPO

Los montos de los costos compartidos para todos los servicios dentro de la red se acumulan para alcanzar el gasto máximo de bolsillo.

Los servicios preventivos están disponibles sin costo compartido, excepto los que brinden los proveedores no participantes. Consulte la lista completa de servicios preventivos en la *Evidencia de Cobertura*, el Certificado de Seguro o en business.kp.org (en inglés).

Los planes de Kaiser Permanente no incluyen una cláusula relativa a los problemas de salud que tenía desde antes de solicitar seguro médico.

1. Los pagos se basan en el cargo admisible máximo por servicios cubiertos. El cargo admisible máximo se refiere a la cantidad que sea menor entre los cargos usuales, costumarios y razonables, la tarifa negociada o los cargos reales facturados. El cargo admisible máximo puede ser inferior al monto real que el proveedor facture. Las personas con cobertura podrían tener que pagar cualquier monto que supere el cargo admisible máximo por un servicio cubierto.
2. Este plan tiene un deducible y un gasto máximo de bolsillo 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.
3. Aun cuando se alcance el deducible, el miembro seguirá pagando un coseguro del 100 % para determinados beneficios hasta alcanzar el gasto máximo de bolsillo. Una vez que se alcanza el gasto máximo de bolsillo, los servicios cubiertos se ofrecen sin cargo.
4. Los análisis de laboratorio, las radiografías y las vacunas con fines preventivos tienen cobertura como parte del examen preventivo.
5. Consultas prenatales programadas y consultas posparto.
6. Las consultas prenatales de rutina tienen cobertura según lo exige la Ley de Cuidado de Salud Asequible (*Affordable Care Act*, ACA). Esto incluye la historia clínica inicial y las subsiguientes, los exámenes físicos, el registro del peso, la presión arterial y los latidos cardíacos fetales, y los análisis químicos de orina de rutina.
7. Los servicios para el parto y la atención hospitalaria destinados a la madre y al bebé tienen cobertura en el beneficio de servicios para pacientes hospitalizados. Para comprender bien a qué se refieren los servicios para el parto, consulte el Certificado de Seguro de KPIC.
8. Para obtener más información, comuníquese con su corredor o representante de Kaiser Permanente.
9. Los beneficios para el tratamiento de la infertilidad se pueden agregar a este plan por un costo adicional.
10. El asegurado debe pagar el copago de los medicamentos de marca más la diferencia en el costo entre el medicamento genérico y el de marca cuando solicite un medicamento de marca y haya una versión genérica disponible.
11. Su plan tiene una lista de medicamentos disponibles; sin embargo, es posible que determinados medicamentos estén excluidos de la cobertura. Consulte su Certificado de Seguro de KPIC para obtener una lista completa de las limitaciones y exclusiones. Independientemente del proveedor que tenga, las recetas médicas deben surtirse en una farmacia de la red MedImpact. Llame a MedImpact, al 800-788-2949, para saber cuáles son las farmacias participantes.
12. Pedido por correo: suministro de hasta 100 días de medicamentos recetados autorizados por el costo de un suministro de 60 días.
13. Se cubre el DME básico y suplementario. El DME suplementario se limita a un beneficio máximo combinado de \$2,000 por año para los servicios. Consulte la *Evidencia de cobertura* para obtener información sobre lo que está incluido en su beneficio de DME.
14. El equipo y los suministros para personas con diabetes se limitan a un equipo de infusión y una jeringa con la aguja para las bombas de insulina externas, tiras reactivas, lancetas, protectores cutáneos, toallitas limpiadoras para la eliminación de adhesivos y películas transparentes. Los montos de los coseguros se basan en los cargos reales facturados y no están sujetos al límite máximo para DME de \$2,000 por año.
15. Menores de 19 años. Un par de anteojos de una selección limitada.
16. El deducible no se aplica durante las primeras 3 consultas.
17. Los cargos cubiertos en los que se incurra para alcanzar el gasto máximo de bolsillo en el nivel de proveedores no participantes no se acumularán para llegar al gasto máximo de bolsillo en el nivel de proveedores participantes. De la misma manera, los cargos cubiertos en los que se incurra para alcanzar el gasto máximo de bolsillo en el nivel de proveedores participantes no se acumularán para alcanzar el gasto máximo de bolsillo en el nivel de proveedores no participantes. Para comprender bien a qué se refiere el gasto máximo de bolsillo, consulte el Certificado de Seguro.
18. Este plan tiene un deducible para medicamentos de \$300 por individuo y de \$600 por familia para los costos de recetas médicas y gasto máximo de bolsillo. Cada uno de los miembros de la familia empezará a pagar copagos o coseguros después de alcanzar su propio deducible individual o el gasto máximo de bolsillo (según el beneficio), o cuando se alcance el deducible familiar. 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.
19. Este plan tiene un deducible para medicamentos de \$450 por individuo y de \$900 por familia para los costos de recetas médicas y gasto máximo de bolsillo. Cada uno de los miembros de la familia empezará a pagar copagos o coseguros después de alcanzar su propio deducible individual o el gasto máximo de bolsillo (según el beneficio), o cuando se alcance el deducible familiar. 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.

business.kp.org