

# Platinum 90 0/10 PCP KP PLUS™ + Child Dental ALT\*†

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

CARACTERÍSTICAS	Dentro de la red <sup>1</sup>	Fuera de la red <sup>1</sup> Limitado a 10 servicios médicos <sup>4</sup> y 5 surtidos o resurtidos de farmacia al año <sup>12</sup>
<b>DEDUCIBLE DEL PLAN</b> (Integrado)	No se aplica.	No se aplica.
<b>GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO</b> (Integrado)	\$3,000 por individuo <sup>2,3</sup> /\$6,000 por familia <sup>2,3</sup>	
<b>EN EL CONSULTORIO MÉDICO</b>		
Consultas de atención primaria	\$10	\$30 <sup>4</sup>
Consultas de atención de urgencia	\$10	No está cubierto <sup>5</sup>
Visitas al consultorio de atención especializada	\$20	\$40 <sup>4</sup>
Servicios preventivos (por ejemplo, pruebas de detección, consultas prenatales y posparto, y vacunas)	\$0 <sup>6,7</sup>	\$0 <sup>6,7</sup>
Consultas de atención preventiva para el bienestar infantil (hasta los 23 meses)	\$0	\$0 <sup>4</sup>
Servicios de fertilidad	No está cubierto <sup>8</sup>	No está cubierto
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla	\$10	\$30 <sup>4</sup>
La mayoría de los análisis de laboratorio	\$20 <sup>9</sup>	\$30 <sup>4</sup>
La mayoría de las radiografías y pruebas de diagnóstico	\$40 <sup>9</sup>	\$60 <sup>4</sup>
La mayoría de las resonancias magnéticas, tomografías computarizadas o por emisión de positrones	\$150 <sup>9</sup>	No está cubierto
Cirugía para pacientes ambulatorios (por procedimiento)	\$300 por procedimiento	No está cubierto
<b>SERVICIOS DE EMERGENCIA</b>		
Consultas en el Departamento de Emergencias (el cargo no se exige si es admitido directamente al hospital)	\$200	\$200
Ambulancia	\$150	\$150
<b>RECETAS MÉDICAS (suministro de hasta 30 días)</b>		
Genéricos (nivel 1)	\$5 <sup>10,11</sup>	\$10 <sup>12</sup>
De marca (nivel 2)	\$15 <sup>10,11</sup>	\$35 <sup>12</sup>
Medicamentos especializados (nivel 4)	10% por receta médica, hasta un máximo de \$250 <sup>10</sup>	No está cubierto
<b>ATENCIÓN PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS</b>		
Servicios de médicos, habitación y comidas, pruebas, medicamentos, suministros, terapias, servicios para partos	\$500 por hospitalización	No está cubierto
Atención en un centro de enfermería especializada (hasta 100 días por período de beneficios)	\$250 por hospitalización	No está cubierto
<b>SERVICIOS DE SALUD MENTAL</b>		
Paciente ambulatorio (en el consultorio médico)	\$10	\$30 <sup>4</sup>
Paciente hospitalizado (en el hospital)	\$500 por hospitalización	No está cubierto
<b>SERVICIOS PARA TRATAR TRASTORNOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS</b>		
Paciente ambulatorio (en el consultorio médico)	\$10	\$30 <sup>4</sup>
Paciente hospitalizado (solo desintoxicación)	\$500 por hospitalización	No está cubierto
<b>OTRO</b>		
Atención virtual	\$0	\$20 <sup>4</sup>
Servicios quiroprácticos y de acupuntura	\$15 por consulta (autorreferencia; 20 consultas combinadas por año)	No está cubierto
Determinado equipo médico duradero (DME) (suplementario y básico)	10% hasta un máximo anual de \$2,000 <sup>13</sup>	No está cubierto
Determinados dispositivos protésicos y ortésicos	\$0	No está cubierto
Óptica pediátrica (artículos para la vista)	\$0 1 par de anteojos o lentes de contacto por año <sup>14</sup>	No está cubierto
Examen de la vista pediátrico	\$0	\$0 <sup>4</sup>
Óptica para adultos (artículos para la vista)	Asignación de \$175 <sup>15</sup>	No está cubierto
Examen de la vista para adultos (de refracciones oculares)	\$0	\$0 <sup>4</sup>

(continúa)

(continuación)

\*Kaiser Permanente Plus™ es un plan de punto de servicio (*Point-of-Service*, POS) limitado con cobertura para determinados servicios para pacientes ambulatorios y medicamentos recetados de proveedores fuera de la red, como se describe en la *Evidencia de cobertura* (*Evidence of Coverage*, EOC).

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

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 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. El gasto máximo de bolsillo es el monto máximo que una persona o familia pagarán por determinados servicios en un año.
4. 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.
5. 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*.
6. Los análisis de laboratorio, las radiografías y las vacunas con fines preventivos tienen cobertura como parte del examen preventivo.
7. Consultas prenatales programadas y consultas posparto.
8. 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.
9. 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.
10. 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](http://kp.org/formulary) (haga clic en "Español") o llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros.
11. Pedido por correo: suministro de hasta 100 días de medicamentos recetados autorizados por el costo de un suministro de 60 días.
12. 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.
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. Menores de 19 años. Un par de anteojos de una selección limitada.
15. Asignación para el costo de lentes de anteojos, armazones, y el ajuste y la entrega de lentes de contacto cada 24 meses.

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*.