

Platinum 90 HMO 0/20 PCP + Child Dental*

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

Beneficios principales para Kaiser Permanente for Small Business

Periodo de Acumulación

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

Gastos Máximos de Bolsillo y Deducibles

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

Monto por Periodo de Acumulación	Cobertura Individual (Familia de un Miembro)	Cobertura Familiar Cada Miembro de una Familia de dos o más integrantes	Cobertura Familiar Familia completa de dos o más Miembros
Gasto Máximo de Bolsillo del Plan	\$4,500 ¹	\$4,500 ¹	\$9,000 ¹
Deducible del Plan	Ninguna ¹	Ninguna ¹	Ninguna ¹
Deducible de Medicamentos	Ninguna	Ninguna	Ninguna

Visitas al Consultorio de un Proveedor del Plan

Usted Paga

La mayoría de las Consultas de Atención Primaria y de las Consultas a Especialistas No Médicos	\$20 por consulta
La mayoría de las Consultas a Especialistas Médicos	\$30 por consulta
Exámenes físicos de rutina, incluidos los destinados al bienestar de la mujer.....	Sin cargo
Exámenes preventivos de bienestar infantil (hasta los 23 meses)	Sin cargo
Exámenes rutinarios de la vista con un Optometrista del Plan	Sin cargo
Consultas, exámenes y tratamientos de atención de urgencia.....	\$20 por consulta
La mayoría de las terapias físicas, ocupacionales y del habla	\$20 por consulta

Consultas de Telesalud

Usted Paga

Consultas de Atención Primaria y Consultas a Especialistas No Médicos por video interactivo o teléfono.....	Sin cargo
Consultas a Especialistas Médicos por video interactivo o teléfono.....	Sin cargo

Servicios para Pacientes Ambulatorios

Usted Paga

Cirugía ambulatoria y otros procedimientos ambulatorios específicos ..	\$125 por procedimiento
Administración de la mayoría de las vacunas (incluida la vacuna)	Sin cargo
La mayoría de las radiografías	\$30 por sesión
La mayoría de los análisis de laboratorio	\$20 por sesión
Radiografías, pruebas de detección y análisis de laboratorio preventivos, como se describe en la EOC	Sin cargo
Imágenes por resonancia magnética, la mayoría de las tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones.....	\$100 por procedimiento

Servicios para Pacientes Hospitalizados

Usted Paga

Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, análisis de laboratorio y medicamentos	\$250 por día hasta un máximo de \$1,250 por hospitalización
--	--

Servicios de Emergencia

Usted Paga

Visitas en el Departamento de Emergencias	\$150 por consulta
Nota: Si lo ingresan directamente al hospital como paciente hospitalizado para los Servicios cubiertos, pagará el Costo Compartido para pacientes hospitalizados en lugar del Costo Compartido del Departamento de Emergencias (consulte "Servicios para Pacientes Hospitalizados" a fin de conocer el Costo Compartido para pacientes hospitalizados).	

Servicios de Ambulancia

Usted Paga

Servicios de Ambulancia	\$150 por viaje
-------------------------------	-----------------

Cobertura de Medicamentos Recetados

Usted Paga

Medicamentos cubiertos para pacientes ambulatorios de acuerdo con las pautas de la lista de medicamentos cubiertos: La mayoría de los medicamentos genéricos (nivel 1) en una Farmacia del Plan	\$5 por un suministro de hasta 30 días
--	--

Cobertura de Medicamentos Recetados	Usted Paga
La mayoría de las renovaciones de medicamentos genéricos (nivel 1) por medio de nuestro servicio de pedidos por correo	\$10 por un suministro de hasta 100 días
La mayoría de los medicamentos de marca (nivel 2) en una Farmacia del Plan	\$20 por un suministro para hasta 30 días
La mayoría de las renovaciones de medicamentos de marca (nivel 2) por medio de nuestro servicio de pedidos por correo	\$40 por un suministro de hasta 100 días
La mayoría de los medicamentos especializados (nivel 4) en una Farmacia del Plan	Coseguro del 10 % (no debe ser mayor de \$250) para un suministro de hasta 30 días
Equipo Médico Duradero (DME)	Usted Paga
Otros artículos básicos de DME, tal como se describe en esta EOC	Coseguro del 10 %
Artículos adicionales de DME hasta un límite de beneficio de \$2,000 por Periodo de Acumulación, como se describe en la EOC	Coseguro del 10 %
Servicios de Salud Mental	Usted Paga
Hospitalización psiquiátrica	\$250 por día hasta un máximo de \$1,250 por hospitalización
Evaluación y tratamiento de salud mental para pacientes ambulatorios	\$20 por consulta
Tratamiento del Trastorno por Abuso de Sustancias	Usted Paga
Desintoxicación para pacientes hospitalizados	\$250 por día hasta un máximo de \$1,250 por hospitalización
Evaluación y tratamiento de trastornos por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	\$20 por consulta
Servicios de Salud a Domicilio	Usted Paga
Atención médica a domicilio (hasta 100 consultas por Periodo de Acumulación).....	\$20 por consulta
Otro	Usted Paga
Anteojos o lentes de contacto para Miembros Pediátricos: Un par de anteojos completos (armazones y lentes) o un par de lentes de contacto por Periodo de Acumulación, como se describe en la EOC	Sin cargo
Atención en un centro de enfermería especializada (hasta 100 días por periodo de beneficios).....	\$150 por día hasta un máximo de \$750 por hospitalización
Aparatos protésicos y ortopédicos, como se describe en la EOC	Sin cargo
Servicios quiroprácticos y de acupuntura	\$20 por consulta para servicios de acupuntura con referencia de un médico solamente
Examen de la vista pediátrico.....	Sin costo
Óptica para adultos (artículos para la vista).....	Sin cobertura ²

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

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

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

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

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