

\$15 GRANDFATHERED (NONMETAL)

COPAY HMO PLAN

CARACTERÍSTICAS	EL MIEMBRO PAGA
DEDUCIBLE DEL PLAN	\$0
GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO	Individual: \$2,500 ¹ Familiar: \$5,000 ¹
EN EL CONSULTORIO MÉDICO	
Consultas de atención primaria	\$15
Consultas de atención de urgencia	\$15
Visitas al consultorio de atención especializada	\$15
Exámenes preventivos, vacunas	\$0 ²
Atención prenatal	\$0 ³
Atención posparto	\$0 ³
Consultas de atención preventiva para el bienestar infantil	\$0 ⁴
Inyecciones para las alergias	\$5 por consulta
Servicios para tratar la infertilidad	50 % ⁵
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla	\$15
La mayoría de los análisis de laboratorio	\$10
La mayoría de las radiografías y pruebas de diagnóstico	\$10
La mayoría de las resonancias magnéticas y tomografías computarizadas o por emisión de positrones	\$50
Cirugía para pacientes ambulatorios (por procedimiento)	\$100
SERVICIOS DE EMERGENCIAS	
Consultas en el Departamento de Emergencias (el cargo no se exige si es admitido directamente al hospital)	\$100
Ambulancia	\$75
MEDICAMENTOS RECETADOS	
Medicamentos genéricos (suministro de hasta 30 días)	\$10 ⁶
Medicamentos de marca (suministro de hasta 30 días)	\$25 ⁶
Medicamentos especializados (suministro de hasta 30 días)	\$25 ⁶
ATENCIÓN HOSPITALARIA	
Servicios de médicos, habitación y comidas, exámenes, medicamentos, suministros, terapias, servicios para partos	\$200 por día
Atención en un centro de enfermería especializada (hasta 100 días por periodo de beneficios)	\$0
SERVICIOS DE SALUD MENTAL	
En el consultorio médico	\$15 por terapia individual \$7 por terapia grupal
En el hospital	\$200 por día
SERVICIOS DE FARMACODEPENDENCIA	
En el consultorio médico	\$15 por terapia individual \$5 por terapia grupal
En el hospital (solo desintoxicación)	\$200 por día
OTROS	
Teleconsultas	\$0
Servicios quiroprácticos y de acupuntura	\$15 por consulta para servicios de acupuntura con referencia de un médico; los servicios quiroprácticos no tienen cobertura.
Determinados artículos de equipo médico duradero (suplementario y básico)	20 % ⁷
Determinados dispositivos protésicos y ortésicos	\$0
Óptica pediátrica (artículos para la vista)	Asignación de \$150 ⁸
Examen de la vista pediátrico	\$0
Óptica para adultos (artículos para la vista)	Asignación de \$150 ⁸
Examen de la vista para adultos (de refracciones oculares)	\$0
Atención médica a domicilio (hasta 100 consultas por año)	\$0
Cuidados paliativos	\$0

(continuación)

Los planes de Kaiser Permanente no incluyen una cláusula relativa a los problemas de salud que tenía desde antes de solicitar seguro médico. Los servicios preventivos de este plan están disponibles sin costo compartido. Para obtener una lista completa de los servicios preventivos, consulte la *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* o ingrese a account.kp.org (en inglés).

¹El gasto máximo de bolsillo es el monto máximo que una persona o familia pagarán por determinados servicios en un año calendario.

²Los análisis de laboratorio, las radiografías y las vacunas con fines preventivos tienen cobertura como parte del examen preventivo.

³Consultas prenatales programadas y la primera consulta posparto.

⁴Consultas de bienestar infantil hasta los 23 meses de edad.

⁵La cobertura mejorada de servicios de fertilidad está disponible por un costo adicional, comuníquese con su corredor o su representante de Kaiser Permanente para obtener más detalles.

⁶Los medicamentos recetados tienen cobertura de acuerdo con nuestra lista de medicamentos cubiertos disponibles cuando los receta un médico del plan y se obtienen en farmacias del plan. Algunos medicamentos tienen copagos diferentes; consulte la *Evidencia de Cobertura* para obtener información detallada sobre los copagos de medicamentos recetados.

⁷Se brinda cobertura para equipo médico duradero (durable medical equipment, 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.

⁸Asignación para el costo de lentes de anteojos, montaduras de gafas, y la adaptación y entrega de lentes de contacto cada 24 meses.

Esto es solo un resumen de beneficios y está sujeto a cambios. La *Evidencia de Cobertura* 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*.