

## \$30 GRANDFATHERED (NONMETAL) + INFERTILITY

### COPAY HMO PLAN

CARACTERÍSTICAS	EL MIEMBRO PAGA
<b>DEDUCIBLE DEL PLAN</b>	\$0
<b>GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO</b>	Individual: \$3,000 <sup>1</sup> Familiar: \$6,000 <sup>1</sup>
<b>EN EL CONSULTORIO MÉDICO</b>	
Consultas de atención primaria	\$30
Consultas de atención de urgencia	\$30
Visitas al consultorio de atención especializada	\$30
Exámenes preventivos, vacunas	\$0 <sup>2</sup>
Atención prenatal	\$0 <sup>3</sup>
Atención posparto	\$0 <sup>3</sup>
Consultas de atención preventiva para el bienestar infantil	\$0 <sup>4</sup>
Inyecciones para las alergias	\$5 por consulta
Servicios para tratar la infertilidad	50 % <sup>5</sup>
Fisioterapia, terapia del habla y ocupacional	\$30
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)	\$200
<b>SERVICIOS DE EMERGENCIAS</b>	
Consultas en el Departamento de Emergencias (el cargo no se exige si es admitido directamente al hospital)	\$100
Ambulancia	\$75
<b>MEDICAMENTOS RECETADOS</b>	
Medicamentos genéricos (suministro de hasta 100 días)	\$10 <sup>6</sup>
Medicamentos de marca (suministro de hasta 100 días)	\$35 (después del deducible de \$250 para gastos de farmacia) <sup>6</sup>
Medicamentos especializados (suministro de hasta 30 días)	\$35 (después del deducible de \$250 para gastos de farmacia) <sup>6</sup>
<b>ATENCIÓN HOSPITALARIA</b>	
Servicios de médicos, habitación y comidas, exámenes, medicamentos, suministros, terapias, servicios para partos	\$400 por día
Atención en un centro de enfermería especializada (hasta 100 días por periodo de beneficios)	\$0
<b>SERVICIOS DE SALUD MENTAL</b>	
En el consultorio médico	\$30 por terapia individual \$15 por terapia grupal
En el hospital	\$400 por día
<b>SERVICIOS DE FARMACODEPENDENCIA</b>	
En el consultorio médico	\$30 por terapia individual \$5 por terapia grupal
En el hospital (solo desintoxicación)	\$400 por día
<b>OTROS</b>	
Teleconsultas	\$0
Servicios quiroprácticos y de acupuntura	\$30 por consulta para servicios de acupuntura con referencia de un médico; los servicios quiroprácticos no tienen cobertura.
Determinados artículos de equipo médico duradero (solo básico)	50 % <sup>7</sup>
Determinados dispositivos protésicos y ortésicos	\$0
Óptica pediátrica (artículos para la vista)	No está cubierto <sup>8</sup>
Examen de la vista pediátrico	\$0
Óptica para adultos (artículos para la vista)	No está cubierto <sup>8</sup>
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](https://account.kp.org) (en inglés).

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

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

<sup>3</sup>Consultas prenatales programadas y la primera consulta posparto.

<sup>4</sup>Consultas de bienestar infantil hasta los 23 meses de edad.

<sup>5</sup>La 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.

<sup>6</sup>Los 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.

<sup>7</sup>Consulte la *Evidencia de Cobertura* para obtener información sobre lo que está incluido en su beneficio de equipo médico duradero (durable medical equipment, DME) La cobertura es limitada.

<sup>8</sup>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](https://kp2020.org) (en inglés) para conocer las ubicaciones de los centros ópticos de Kaiser Permanente.

**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*.