

\$40/\$2,000 GRANDFATHERED (NONMETAL)

DEDUCTIBLE HMO PLAN

CARACTERÍSTICAS	EL MIEMBRO PAGA
DEDUCIBLE DEL PLAN	Individual: \$2,000 ¹ Familiar: \$4,000 ¹
GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO Integrado	Individual: \$3,500 ^{1,2} Familiar: \$7,000 ^{1,2}
EN EL CONSULTORIO MÉDICO	
Consultas de atención primaria	\$40
Consultas de atención de urgencia	\$5
Visitas al consultorio de atención especializada	\$5
Exámenes preventivos, vacunas	\$0
Atención prenatal	\$0 ³
Atención posparto	\$0
Consultas de atención preventiva para el bienestar infantil	\$0 ⁴
Inyecciones para las alergias	\$5 (después del deducible del plan)
Servicios para tratar la infertilidad	Sin cobertura ⁵
Fisioterapia, terapia del habla y ocupacional	\$40 (después del deducible del plan)
La mayoría de los análisis de laboratorio	\$10 (después del deducible del plan)
La mayoría de las radiografías y pruebas de diagnóstico	\$10 (después del deducible del plan)
La mayoría de las resonancias magnéticas y tomografías computarizadas o por emisión de positrones	\$50 (después del deducible del plan)
Cirugía para pacientes ambulatorios (por procedimiento)	30 % (después del deducible del plan)
SERVICIOS DE EMERGENCIAS	
Consultas en el Departamento de Emergencias (el cargo no se exige si es admitido directamente al hospital)	30 % (después del deducible del plan)
Ambulancia	\$100 (después del deducible del plan)
MEDICAMENTOS RECETADOS	
Medicamentos genéricos (suministro de hasta 100 días)	\$10 ⁶
Medicamentos de marca (suministro de hasta 100 días)	\$35 ⁶
Medicamentos especializados (suministro de hasta 100 días)	\$15 ⁶
ATENCIÓN HOSPITALARIA	
Servicios de médicos, habitación y comidas, exámenes, medicamentos, suministros, terapias, servicios para partos	30 % (después del deducible del plan)
Atención en un centro de enfermería especializada (hasta 100 días por periodo de beneficios)	30 % (después del deducible del plan)
SERVICIOS DE SALUD MENTAL	
En el consultorio médico	\$40 por terapia individual \$20 por terapia grupal
En el hospital	30 % (después del deducible del plan)
SERVICIOS DE FARMACODEPENDENCIA	
En el consultorio médico	\$40 por terapia individual \$200 por terapia grupal
En el hospital (solo desintoxicación)	30 % (después del deducible del plan)
OTROS	
Teleconsultas	\$0
Servicios quiroprácticos y de acupuntura	\$5 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)	30 % ⁷
Determinados dispositivos protésicos y ortésicos	\$0
Óptica pediátrica (artículos para la vista)	Sin cobertura
Examen de la vista pediátrico	\$0
Óptica para adultos (artículos para la vista)	No está cubierto 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).

¹Este es un plan integrado. Para una familia de 2 o más integrantes, el deducible individual forma parte del deducible familiar. Cada familiar comienza a ser elegible para pagar copagos o coseguros después de alcanzar su deducible individual, o bien, después de que la familia alcanza conjuntamente el deducible familiar. La misma metodología se aplica al gasto máximo de bolsillo.

²El gasto máximo de bolsillo es el monto máximo que una persona o familia pagarán por determinados servicios en un año calendario.

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.

⁷Consulte 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.

⁸Los miembros de Kaiser Permanente tienen derecho a recibir un descuento del 20 % en los lentes y lentes de contacto que compren en centros ópticos de Kaiser Permanente. Estos descuentos no se podrán 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.

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*.