

Cómo comprender los planes: resumen de beneficios

Las tablas de las siguientes páginas dan una muestra de los beneficios de cada plan. Consulte el diagrama que aparece a continuación para que le ayude a entender cómo leer estas tablas.

Este es un resumen de cómo usar la tabla.

Resumen de beneficios	
KP Kaiser Permanente - Silver 70 HMO Off Exchange	
Tipo de plan	Deducible
Deducible médico anual (individual/familiar)	\$4,750/\$9,500
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$8,750/\$17,500
Beneficios	
Atención virtual	
Consulta por chat, correo electrónico, teléfono, video y consulta electrónica	Sin cargo
Atención preventiva	
Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.	Sin cargo
Servicios para pacientes ambulatorios (por consulta o procedimiento)	
Visita al consultorio de servicios de atención primaria	\$45
Visita al consultorio de atención especializada	\$85
Mayoría de las radiografías	\$95
Mayoría de las pruebas de laboratorio	\$50
MRI, CT, PET	\$325
Cirugía ambulatoria	20 %
Consulta de salud mental	\$45
Atención del paciente hospitalizado	
Habitación y alimentación, cirugía, anestesia, radiografías, análisis de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	30 % después del deducible
Maternidad	
Consulta de atención prenatal de rutina y primera consulta posparto	Sin cargo
Parto y atención del bebé sano en el hospital	30 % después del deducible
Atención de emergencia y de urgencia	
Consulta en el Departamento de Emergencias	\$400
Consulta de atención de urgencia	\$45
Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)	
Genérico	\$16 después del deducible de farmacia de \$85*
De marca preferida	\$60 después del deducible de farmacia de \$85*
De marca no preferida	\$60 después del deducible de farmacia de \$85*
Especializado	20 % después del deducible de farmacia de \$85, hasta \$250 por receta
Salud integral	
Servicios para mantenerse sano	Promociones de óptica† kp2020.org (en inglés)

KP Ofrecido a través de Kaiser Permanente

E Ofrecido a través del intercambio de beneficios para la salud

Deducible anual

Usted debe pagar este monto antes de que su plan comience a ayudarlo a pagar la mayoría de los servicios cubiertos. Bajo este plan de muestra, usted pagaría los costos completos de los servicios cubiertos hasta llegar a \$4,750 para usted u \$9,500 para su familia. A partir de ese momento, usted comenzaría a pagar los copagos o el coseguro.

Gastos máximos de bolsillo anuales*

Este es el monto máximo que usted pagará por atención durante el año calendario antes de que el plan comience a pagar el 100 % de la mayoría de los servicios cubiertos. En este ejemplo, nunca pagaría más de \$8,750 por usted y no más de \$17,500 por su familia por concepto de copagos, coseguros y deducibles en un año calendario.

Atención preventiva sin cargo

La mayoría de los servicios de atención preventiva, incluidos los exámenes físicos de rutina y las mamografías, están cubiertos sin cargo. Además, no quedan sujetos al deducible.

Cubierto antes de alcanzar el deducible

Para algunos servicios, usted solamente pagará un copago o un coseguro, sin importar si ya alcanzó su deducible. Con este plan, las consultas de atención primaria están cubiertas con un copago de \$45, incluso antes de alcanzar el deducible. Con nuestros planes con deducible Silver, la atención médica primaria, la atención especializada y las consultas de atención de urgencia están todas cubiertas antes de alcanzar su deducible.

Coseguro

Después de alcanzar su deducible, este es un porcentaje de los cargos que podría pagar por los servicios cubiertos. En este caso, usted pagaría 30 % del costo por día de su atención para pacientes hospitalizados después de alcanzar su deducible. Su plan pagaría el resto hasta el fin del año calendario.

Copago

Este es el monto fijo que paga por servicios cubiertos, en general después de que alcance su deducible. En este ejemplo, usted comenzaría a pagar un copago de \$45 por consultas de atención de urgencia, así haya alcanzado o no su deducible.

* Pedido por correo: suministro de hasta 100 días de medicamentos recetados calificados por el costo de un suministro de 60 días.

† Los programas de descuentos y otros servicios mostrados pueden ser proporcionados por grupos que no sean Kaiser Permanente, y no se ofrecen ni se garantizan como parte de su cobertura. Las cuotas adicionales que pague no contarán como parte de su deducible o gasto máximo de bolsillo.

KP Ofrecido a través de Kaiser Permanente

E Ofrecido a través del intercambio de beneficios para la salud Covered California

Hay opciones de asistencia financiera con copagos, coseguro y deducibles más bajos disponibles para determinados planes, así como para los nativos de Alaska y los indios americanos en CoveredCA.com

Resumen de beneficios	KP Kaiser Permanente - Bronze 60 HMO 8200/0%	KP E Kaiser Permanente - Bronze 60 HDHP HMO	KP E Kaiser Permanente - Bronze 60 HMO
Tipo de plan	Deducible	Compatibilidad con una HSA	Deducible
Deducible médico anual (individual/familiar)	\$8,200/\$16,400	\$7,000/\$14,000	\$6,300/\$12,600
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$8,200/\$16,400	\$7,000/\$14,000	\$8,600/\$17,200
Beneficios			
Atención virtual			
Consulta por correo electrónico, teléfono, video y consulta electrónica	Sin cargo	Consulta por correo electrónico, consulta electrónica: Sin cargo. Consulta por teléfono y video: Sin cargo después del deducible	Sin cargo
Atención preventiva			
Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Servicios para pacientes ambulatorios (por consulta o procedimiento)			
Visita al consultorio de servicios de atención primaria	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	Primeras tres visitas \$65, luego \$65 después del deducible†
Visita al consultorio de atención especializada	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	Primeras tres visitas \$95, luego \$95 después del deducible†
Mayoría de las radiografías	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	40 % después del deducible
Mayoría de las pruebas de laboratorio	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	\$40
MRI, CT, PET	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	40 % después del deducible
Cirugía ambulatoria	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	40 % después del deducible
Consulta de salud mental	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	Sin cargo
Atención del paciente hospitalizado			
Habitación y alimentación, cirugía, anestesia, radiografías, análisis de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	40 % después del deducible
Maternidad			
Consulta de atención prenatal de rutina y primera consulta posparto	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Parto y atención del bebé sano en el hospital	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	40 % después del deducible
Atención de emergencia y de urgencia			
Consulta en el Departamento de Emergencias	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	40 % después del deducible
Consulta de atención de urgencia	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	Primeras tres visitas \$65, luego \$65 después del deducible†
Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)			
Genérico	\$20*	Sin cargo después del deducible	\$18 después del deducible de farmacia de \$500*
De marca preferida	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	40 % después del deducible de farmacia de \$500, hasta \$500 por receta
De marca no preferida	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	40 % después del deducible de farmacia de \$500, hasta \$500 por receta
Especializado	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	40 % después del deducible de farmacia de \$500, hasta \$500 por receta
Salud integral			
Servicios para mantenerse sano	Promociones de óptica† kp2020.org (en inglés)	Promociones de óptica† kp2020.org (en inglés)	Promociones de óptica† kp2020.org (en inglés)

† El plan Kaiser Permanente Bronze 60 HMO incluye tres visitas al consultorio por el beneficio de copago antes de alcanzar su deducible. Las visitas al consultorio incluyen consultas de atención primaria, especializadas, de urgencia, de salud mental para pacientes ambulatorios o de abuso de sustancias.

* Pedido por correo: suministro de hasta 100 días de medicamentos recetados calificados por el costo de un suministro de 60 días.

† Las promociones de óptica y otros servicios mostrados pueden ser proporcionados por grupos diferentes a Kaiser Permanente y no se ofrecen ni se garantizan como parte de su cobertura. Las cuotas adicionales que pague no contarán como parte de su deducible o gasto máximo de bolsillo.

Este resumen del plan destaca los beneficios, copagos, coseguros y deducibles sobre los cuales se pregunta con más frecuencia. Consulte el *Acuerdo Combinado de Membresía, la Evidencia de Cobertura y el Formulario de Revelación (EOC)* para obtener más detalles sobre su plan o para conocer las limitaciones y exclusiones específicas. Para solicitar una copia de la EOC visite kp.org/plandocuments (en inglés), llámenos al 1-800-464-4000 (TTY 711) o comuníquese con su corredor.

KP Ofrecido a través de Kaiser Permanente

E Ofrecido a través del intercambio de beneficios para la salud Covered California

Hay opciones de asistencia financiera con copagos, coseguro y deducibles más bajos disponibles para determinados planes, así como para los nativos de Alaska y los indios americanos en CoveredCA.com

Resumen de beneficios	KP Kaiser Permanente - Silver 70 HDHP HMO 3600/20%	KP Kaiser Permanente - Silver 70 HMO Off Exchange	E Kaiser Permanente - Silver 70 HMO	KP Kaiser Permanente - Silver 70 HMO 2850/50
Tipo de plan	Compatibilidad con una HSA	Deducible	Deducible	Deducible
Deducible médico anual (individual/familiar)	\$3,600/\$7,200	\$4,750/\$9,500	\$4,750/\$9,500	\$2,850/\$5,700
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$7,000/\$14,000	\$8,750/\$17,500	\$8,750/\$17,500	\$8,750/\$17,500
Beneficios				
Atención virtual				
Consulta por correo electrónico, teléfono, video y consulta electrónica	Consulta por correo electrónico, consulta electrónica: Sin cargo. Consulta por teléfono y video: Sin cargo después del deducible	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Atención preventiva				
Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Servicios para pacientes ambulatorios (por consulta o procedimiento)				
Visita al consultorio de servicios de atención primaria	20 % después del deducible	\$45	\$45	\$50
Visita al consultorio de atención especializada	20 % después del deducible	\$85	\$85	\$80
Mayoría de las radiografías	20 % después del deducible	\$95	\$95	\$70 después del deducible
Mayoría de las pruebas de laboratorio	20 % después del deducible	\$50	\$50	\$30 después del deducible
MRI, CT, PET	20 % después del deducible	\$325	\$325	\$350 después del deducible
Cirugía ambulatoria	20 % después del deducible	20 %	20 %	35 % después del deducible
Consulta de salud mental	20 % después del deducible	\$45	\$45	\$50
Atención del paciente hospitalizado				
Habitación y alimentación, cirugía, anestesia, radiografías, análisis de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	20 % después del deducible	30 % después del deducible	30 % después del deducible	35 % después del deducible
Maternidad				
Consulta de atención prenatal de rutina y primera consulta posparto	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Parto y atención del bebé sano en el hospital	20 % después del deducible	30 % después del deducible	30 % después del deducible	35 % después del deducible
Atención de emergencia y de urgencia				
Consulta en el Departamento de Emergencias	20 % después del deducible	\$400	\$400	\$350 después del deducible
Consulta de atención de urgencia	20 % después del deducible	\$45	\$45	\$50
Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)				
Genérico	20 % después del deducible, hasta \$250 por receta	\$16 después del deducible de farmacia de \$85*	\$16 después del deducible de farmacia de \$85*	\$20*
De marca preferida	20 % después del deducible, hasta \$250 por receta	\$60 después del deducible de farmacia de \$85*	\$60 después del deducible de farmacia de \$85*	\$75 después del deducible de farmacia de \$450*
De marca no preferida	20 % después del deducible, hasta \$250 por receta	\$60 después del deducible de farmacia de \$85*	\$60 después del deducible de farmacia de \$85*	\$75 después del deducible de farmacia de \$450*
Especializado	20 % después del deducible, hasta \$250 por receta	20 % después del deducible de farmacia de \$85, hasta \$250 por receta	20 % después del deducible de farmacia de \$85, hasta \$250 por receta	35 % después del deducible de farmacia de \$450, hasta \$250 por receta
Salud integral				
Servicios para mantenerse sano	Promociones de óptica† kp2020.org (en inglés)	Promociones de óptica† kp2020.org (en inglés)	Promociones de óptica† kp2020.org (en inglés)	Promociones de óptica† kp2020.org (en inglés)

* Pedido por correo: suministro de hasta 100 días de medicamentos recetados calificados por el costo de un suministro de 60 días.

† Las promociones de óptica y otros servicios mostrados pueden ser proporcionados por grupos diferentes a Kaiser Permanente y no se ofrecen ni se garantizan como parte de su cobertura. Las cuotas adicionales que pague no contarán como parte de su deducible o gasto máximo de bolsillo.

Este resumen del plan destaca los beneficios, copagos, coseguros y deducibles sobre los cuales se pregunta con más frecuencia. Consulte el *Acuerdo Combinado de Membresía, la Evidencia de Cobertura y el Formulario de Revelación (EOC)* para obtener más detalles sobre su plan o para conocer las limitaciones y exclusiones específicas. Para solicitar una copia de la EOC visite kp.org/plandocuments (en inglés), llámenos al 1-800-464-4000 (TTY 711) o comuníquese con su corredor.

- KP** Ofrecido a través de Kaiser Permanente
- E** Ofrecido a través del intercambio de beneficios para la salud Covered California

Hay opciones de asistencia financiera con copagos, coseguro y deducibles más bajos disponibles para determinados planes, así como para los nativos de Alaska y los indios americanos en CoveredCA.com

Resumen de beneficios	KP E Kaiser Permanente - Gold 80 HMO	KP E Kaiser Permanente - Gold 80 HMO Coinsurance	KP E Kaiser Permanente - Platinum 90 HMO	KP E Kaiser Permanente - Minimum Coverage HMO ^{††}
Tipo de plan	Copago	Copago	Copago	Deducible
Deducible médico anual (individual/familiar)	Ninguno/Ninguno	Ninguno/Ninguno	Ninguno/Ninguno	\$9,100/\$18,200
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$8,550/\$17,100	\$8,550/\$17,100	\$4,500/\$9,000	\$9,100/\$18,200
Beneficios				
Atención virtual				
Consulta por correo electrónico, teléfono, video y consulta electrónica	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Atención preventiva				
Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Servicios para pacientes ambulatorios (por consulta o procedimiento)				
Visita al consultorio de servicios de atención primaria	\$35	\$35	\$15	Las primeras 3 visitas al consultorio no tienen costo.*** Las demás visitas no tienen costo después del deducible.
Visita al consultorio de atención especializada	\$65	\$65	\$30	Sin cargo después del deducible
Mayoría de las radiografías	\$75	\$75	\$30	Sin cargo después del deducible
Mayoría de las pruebas de laboratorio	\$40	\$40	\$15	Sin cargo después del deducible
MRI, CT, PET	\$75	25 %	\$75	Sin cargo después del deducible
Cirugía ambulatoria	\$190	20 %	\$125	Sin cargo después del deducible
Consulta de salud mental	\$35	\$35	\$15	Sin cargo
Atención del paciente hospitalizado				
Habitación y alimentación, cirugía, anestesia, radiografías, análisis de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	\$350 por día hasta 5 días**	30 %	\$250 por día hasta 5 días**	Sin cargo después del deducible
Maternidad				
Consulta de atención prenatal de rutina y primera consulta posparto	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Parto y atención del bebé sano en el hospital	\$350 por día hasta 5 días**	30 %	\$250 por día hasta 5 días**	Sin cargo después del deducible
Atención de emergencia y de urgencia				
Consulta en el Departamento de Emergencias	\$350	\$350	\$150	Sin cargo después del deducible
Consulta de atención de urgencia	\$35	\$35	\$15	Las primeras 3 visitas al consultorio no tienen costo.*** Las demás visitas no tienen costo después del deducible.
Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)				
Genérico	\$15*	\$15*	\$5*	Sin cargo después del deducible
De marca preferida	\$60*	\$60*	\$15*	Sin cargo después del deducible
De marca no preferida	\$60*	\$60*	\$15*	Sin cargo después del deducible
Especializado	20 % hasta \$250 por receta	20 % hasta \$250 por receta	10 % hasta \$250 por receta	Sin cargo después del deducible
Salud integral				
Servicios para mantenerse sano	Promociones de óptica [†] kp2020.org (en inglés)	Promociones de óptica [†] kp2020.org (en inglés)	Promociones de óptica [†] kp2020.org (en inglés)	Promociones de óptica [†] kp2020.org (en inglés)

* Pedido por correo: suministro de hasta 100 días de medicamentos recetados calificados por el costo de un suministro de 60 días.

[†] Las promociones de óptica y otros servicios mostrados pueden ser proporcionados por grupos diferentes a Kaiser Permanente y no se ofrecen ni se garantizan como parte de su cobertura. Las cuotas adicionales que pague no contarán como parte de su deducible o gasto máximo de bolsillo.

[‡] El plan Kaiser Permanente Bronze 60 HMO incluye tres visitas al consultorio por el beneficio de copago antes de alcanzar su deducible. Las visitas al consultorio incluyen consultas de atención primaria, especializadas, de urgencia, de salud mental para pacientes ambulatorios o de abuso de sustancias.

** Después de 5 días sin cargo por servicios cubiertos relacionados con la hospitalización.

^{††} Únicamente los solicitantes menores de 30 años o los solicitantes mayores de 30 años que presenten un certificado de Covered California que demuestre dificultades económicas o la falta de una cobertura asequible pueden adquirir un plan Minimum Coverage HMO.

*** El plan Kaiser Permanente Minimum Coverage HMO incluye tres visitas al consultorio sin cargo antes de alcanzar su deducible. Las visitas al consultorio incluyen atención primaria y atención de urgencia.

Este resumen del plan destaca los beneficios, copagos, coseguros y deducibles sobre los cuales se pregunta con más frecuencia. Consulte el *Acuerdo Combinado de Membresía, la Evidencia de Cobertura y el Formulario de Revelación (EOC)* para obtener más detalles sobre su plan o para conocer las limitaciones y exclusiones específicas. Para solicitar una copia de la EOC visite kp.org/plandocuments (en inglés), llámenos al 1-800-464-4000 (TTY 711) o comuníquese con su corredor.

E Ofrecido a través del intercambio de beneficios para la salud Covered California

Planes de reducción del costo compartido (CSR)

Tiene que cumplir con los requisitos e inscribirse en los planes CSR en esta página a través de Covered California.

Resumen de beneficios	E Kaiser Permanente - Silver 73 HMO	E Kaiser Permanente - Silver 87 HMO	E Kaiser Permanente - Silver 94 HMO
Tipo de plan	Deducible	Deducible	Deducible
Deducible médico anual (individual/familiar)	\$4,750/\$9,500	\$800/\$1,600	\$75/\$150
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$7,250/\$14,500	\$3,000/\$6,000	\$900/\$1,800
Beneficios			
Atención virtual			
Consulta por correo electrónico, teléfono, video y consulta electrónica	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Atención preventiva			
Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Servicios para pacientes ambulatorios (por consulta o procedimiento)			
Visita al consultorio de servicios de atención primaria	\$45	\$15	\$5
Visita al consultorio de atención especializada	\$85	\$25	\$8
Mayoría de las radiografías	\$90	\$40	\$8
Mayoría de las pruebas de laboratorio	\$50	\$20	\$8
MRI, CT, PET	\$325	\$100	\$50
Cirugía ambulatoria	20 %	15 %	10 %
Consulta de salud mental	\$45	\$15	\$5
Atención del paciente hospitalizado			
Habitación y alimentación, cirugía, anestesia, radiografías, análisis de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	30 % después del deducible	25 % después del deducible	10 % después del deducible
Maternidad			
Consulta de atención prenatal de rutina y primera consulta posparto	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Parto y atención del bebé sano en el hospital	30 % después del deducible	25 % después del deducible	10 % después del deducible
Atención de emergencia y de urgencia			
Consulta en el Departamento de Emergencias	\$400	\$150	\$50
Consulta de atención de urgencia	\$45	\$15	\$5
Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)			
Genérico	\$16 después del deducible de farmacia de \$30*	\$5 después del deducible de farmacia de \$25*	\$3*
De marca preferida	\$55 después del deducible de farmacia de \$30*	\$25 después del deducible de farmacia de \$25*	\$10*
De marca no preferida	\$55 después del deducible de farmacia de \$30*	\$25 después del deducible de farmacia de \$25*	\$10*
Especializado	20 % después del deducible de farmacia de \$30, hasta \$250 receta	15 % después del deducible de farmacia de \$25, hasta \$150 por receta	10 % hasta \$150 por receta
Salud integral			
Servicios para mantenerse sano	Promociones de óptica [†] kp2020.org (en inglés)	Promociones de óptica [†] kp2020.org (en inglés)	Promociones de óptica [†] kp2020.org (en inglés)

* Pedido por correo: suministro de hasta 100 días de medicamentos recetados calificados por el costo de un suministro de 60 días.

† Las promociones de óptica y otros servicios mostrados pueden ser proporcionados por grupos diferentes a Kaiser Permanente y no se ofrecen ni se garantizan como parte de su cobertura. Las cuotas adicionales que pague no contarán como parte de su deducible o gasto máximo de bolsillo.

Este resumen del plan destaca los beneficios, copagos, coseguros y deducibles sobre los cuales se pregunta con más frecuencia. Consulte el *Acuerdo Combinado de Membresía, la Evidencia de Cobertura y el Formulario de Revelación (EOC)* para obtener más detalles sobre su plan o para conocer las limitaciones y exclusiones específicas. Para solicitar una copia de la EOC visite kp.org/plandocuments (en inglés), llámenos al 1-800-464-4000 (TTY 711) o comuníquese con su corredor.