KAISER PERMANENTE®
Kaiser Permanente Insurance Company

Para las fechas de vigencia del 1 de enero al 1 de diciembre de 2023

GOLD 80 PPO 350/25 + CHILD DENTAL

CARACTERÍSTICAS	Nivel de Proveedores Participantes (dentro de la red)[1]	Nivel de Proveedores No Participantes (que no pertenecen a la red)[1]
DEDUCIBLE DEL PLAN Integrado	Individual: $350[2] Familiar: $700[2]	Individual: $1,000[2] Familiar: $2,000[2]
GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO Integrado	Individual: $7,800[3] Familiar: $15,600[3]	Individual: $15,600[2,3] Familiar: $31,200[2,3]
EN EL CONSULTORIO MÉDICO Consultas de atención primaria	$25	40 % (después del deducible del plan)
Consultas de atención de urgencia	$25	40 % (después del deducible del plan)
Visitas al consultorio de atención especializada	$50	40 % (después del deducible del plan)
Exámenes preventivos, vacunas	$0[4]	40 %[4]
Atención prenatal	$0[5,6,7]	40 %[5,6,7]
Atención posparto	$0[5]	40 %[5]
Consultas de atención preventiva para el bienestar infantil	$0	40 %
Inyecciones para las alergias	20 % por consulta	40 % por consulta (después del deducible del plan)
Servicios de fertilidad	50 %[8]	Sin cobertura
Fisioterapia, terapia del habla y ocupacional	$25	40 % (después del deducible del plan)
La mayoría de los análisis de laboratorio	$25	40 % (después del deducible del plan)
La mayoría de las radiografías y pruebas de diagnóstico	$65	40 % (después del deducible del plan)
La mayoría de las resonancias magnéticas y tomografías computarizadas o por emisión de positrones	20 %	40 % (después del deducible del plan)
Cirugía para pacientes ambulatorios (por procedimiento)	20 %	40 % (después del deducible del plan)
SERVICIOS DE EMERGENCIA Consultas en el Departamento de Emergencias (el cargo no se exige si es admitido directamente al hospital)	20 % (después del deducible del plan)	20 % (después del deducible del plan)
Ambulancia	20 % (después del deducible del plan)	20 % (después del deducible del plan)
MEDICAMENTOS Medicamentos genéricos (suministro de hasta 30 días)	$15[9,10]	
Medicamentos de marca (suministro de hasta 30 días)	$50[9,10]	
Medicamentos especializados (suministro de hasta 30 días)	20 % por receta médica, hasta un máximo de $250[10]	
ATENCIÓN PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Servicios de médicos, habitación y comidas, exámenes, medicamentos, suministros, terapias, servicios para partos	20 % (después del deducible del plan)	40 % (después del deducible del plan)
Atención en un centro de enfermería especializada (hasta 100 días por periodo de beneficios)	20 % (después del deducible del plan)	40 % (después del deducible del plan)
SERVICIOS DE SALUD MENTAL Paciente ambulatorio (en el consultorio médico)	$25	40 % (después del deducible del plan)
Paciente hospitalizado (en el hospital)	20 % (después del deducible del plan)	40 % (después del deducible del plan)
SERVICIOS PARA TRATAR TRASTORNOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS Paciente ambulatorio (en el consultorio médico)	$25	40 % (después del deducible del plan)
Paciente hospitalizado (solo desintoxicación)	20 % (después del deducible del plan)	40 % (después del deducible del plan)
OTROS Teleconsultas	$0	$0
Acupuntura	$25 por consulta	40 % por consulta (después del deducible del plan)
Determinado equipo médico duradero (DME) (suplementario y básico)	20 %[11,12]	40 % (después del deducible del plan)[11,12]
Determinados dispositivos protésicos y ortésicos	20 %	40 % (después del deducible del plan)
Óptica pediátrica (artículos para la vista)	1 par de anteojos o lentes de contacto por año[13]	20 % (después del deducible del plan)[13]
Examen de la vista pediátrico	$0	$0 (después del deducible del plan)
Óptica para adultos (artículos para la vista)	Sin cobertura	Sin cobertura
Examen de la vista para adultos (de refracciones oculares)	$0	Sin cobertura
Atención médica a domicilio (hasta 100 consultas por año)	20 %[14]	40 % (después del deducible del plan)[14]
Cuidados paliativos	$0	40 % (después del deducible del plan)

(continúa)

(continuación)

[1] Los pagos se basan en el cargo admisible máximo por servicios cubiertos. El cargo admisible máximo se refiere a la cantidad que sea menor entre los cargos habituales, acostumbrados y razonables, la tarifa negociada o los cargos reales facturados. El cargo admisible máximo puede ser inferior al monto real facturado por el proveedor. Las personas con cobertura podrían tener que pagar cualquier monto que supere el cargo admisible máximo por un servicio cubierto.

[2] Este plan tiene un deducible y un gasto máximo de bolsillo 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.

[3] Los cargos cubiertos en los que se incurrió para alcanzar el gasto máximo de bolsillo en el nivel de proveedores no participantes no se acumularán para alcanzar el gasto máximo de bolsillo en el nivel de proveedores participantes. De la misma manera, los cargos cubiertos en los que se incurrió para alcanzar el gasto máximo de bolsillo en el nivel de proveedores participantes no se acumularán para alcanzar el gasto máximo de bolsillo en el nivel de proveedores no participantes. Para comprender bien a qué se refiere el gasto máximo de bolsillo, consulte el *Certificado de Seguro*.

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

[5] Consultas prenatales programadas y consultas posparto.

[6] Las consultas prenatales de rutina tienen cobertura según lo exige la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA). Esto incluye la historia clínica inicial y las subsiguientes, los exámenes físicos, el registro del peso, la presión arterial y los latidos cardíacos fetales, y los análisis químicos de orina de rutina.

[7] Los servicios para el parto y la atención como pacientes hospitalizados de la madre y el bebé están cubiertos conforme al beneficio de servicios para pacientes hospitalizados. Para comprender bien a qué se refieren los servicios para el parto, consulte el *Certificado de Seguro* de KPIC.

[8] Los beneficios pagaderos por el tratamiento de la infertilidad tienen un límite de $1,000 por año para servicios prestados por proveedores participantes. El tratamiento de la infertilidad incluye la transferencia intratubárica de gametos. La fertilización in vitro no tiene cobertura. Los beneficios pagaderos por el diagnóstico de la infertilidad tendrán la misma cobertura que se proporciona para cualquier otra enfermedad.

[9] El asegurado debe pagar el copago de los medicamentos de marca más la diferencia en el costo entre el medicamento genérico y el medicamento de marca cuando solicite un medicamento de marca y haya una versión genérica disponible.

[10] Su plan tiene una lista de medicamentos cubiertos disponibles; sin embargo, es posible que determinados medicamentos estén excluidos de la cobertura. Consulte su *Certificado de Seguro* de KPIC para obtener una lista completa de las limitaciones y exclusiones. Independientemente del proveedor que tenga, las recetas médicas deben surtirse en una farmacia de la red MedImpact. Llame a MedImpact al **800-788-2949** para saber cuáles son las farmacias participantes.

[11] Se 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 prestados por proveedores participantes y no participantes; se excluyen los suministros y equipos de prueba para personas con diabetes.

[12] Los equipos y suministros para personas con diabetes se limitan a un equipo de infusión y una jeringa con la aguja para las bombas de insulina externas, tiras reactivas, lancetas, protectores cutáneos, toallitas limpiadoras para la eliminación de adhesivos y películas transparentes. Los montos de los coseguros se basan en los cargos reales facturados y no están sujetos al límite máximo para DME de $2,000 por año.

[13] Para menores de 19 años. Un par de anteojos de una selección limitada.

[14] El límite no se aplica a las consultas a domicilio con fisioterapeutas, y terapeutas ocupacionales y del habla.

Esto es solo un resumen de beneficios y está sujeto a cambios. En la *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC)* de Kaiser Foundation Health Plan (KFHP) y en el *Certificado de Seguro (Certificate of Insurance)* de Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC), se brinda 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*.