



Características de los Planes

Planes de Nivel Metal

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

Notas para todos los planes

- Todos los planes tienen un beneficio máximo ilimitado de por vida mientras esté asegurado.
- Los planes de Kaiser Permanente no incluyen una cláusula relativa a los problemas de salud que tenía desde antes de solicitar seguro médico.
- Los planes de organización para el mantenimiento de la salud (*health maintenance organization, HMO*) con copago, los planes de salud con deducible alto que admiten una cuenta de ahorros para gastos médicos (*health savings account, HSA*), los planes de HMO con deducible y los planes de HMO con deducible con acuerdo de reembolso de gastos médicos (*health reimbursement arrangement, HRA*) están suscritos por Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP). Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC), una subsidiaria de Kaiser Foundation Health Plan, Inc., suscribe los planes de seguro de PPO de Kaiser Permanente. American Specialty Health Plans of California, Inc. administra el beneficio de servicios quiroprácticos y de acupuntura.
- Todos los planes cubren los beneficios de salud esenciales, tales como los definen los reglamentos de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA), que incluyen los servicios de atención dental pediátrica. Cuando los empleados y sus dependientes se inscriban en los planes médicos que usted eligió, también los inscribiremos en un plan de atención dental pediátrica independiente suscrito por Delta Dental of California. Los miembros del plan de seguro de PPO reciben beneficios de atención dental pediátrica como parte de su cobertura médica y no como un plan independiente.
- Este folleto es solo un resumen y está sujeto a cambios. En la *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* de KFHP y en el *Certificado de Seguro (Certificate of Insurance)* de KPIC, se brinda una explicación completa de los beneficios, las exclusiones y las limitaciones. La información que se proporciona en este folleto 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*.
- Los documentos del *Resumen de Beneficios y de Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC)* de todos nuestros planes están disponibles en kp.org/smallbusiness-sbc/ca (haga clic en "Español"). Estos documentos resumen información importante sobre sus opciones de cobertura de salud para que pueda comparar fácilmente los beneficios y la cobertura de Kaiser Permanente con los de otros pagadores terciarios y tomar una decisión informada.

Contenido

Sus opciones de planes	3
Cuentas para pagos de salud	4
Cómo interpretar los planes de salud	5
Planes Platinum HMO de Kaiser Permanente	7
Planes Gold HMO de Kaiser Permanente	8
Planes Silver HMO de Kaiser Permanente	10
Planes Bronze HMO de Kaiser Permanente	12
Planes de seguro Platinum PPO de Kaiser Permanente	13
Planes de seguro Gold PPO de Kaiser Permanente	14
Planes de seguro Silver PPO de Kaiser Permanente	15
Planes de seguro Bronze PPO de Kaiser Permanente	16
Notas al pie para planes	17
Planes de atención dental familiar suplementarios y beneficios de atención dental pediátrica	18
Servicios quiroprácticos y de acupuntura	24
Beneficios de equipo médico duradero (DME)	26
Atención pediátrica de la vista	27



Sus opciones de planes

Cuando se trata de la atención médica, espera conseguir planes que sean sencillos y fáciles de usar, no solo para usted, sino también para sus empleados. Necesita opciones que le ofrezcan flexibilidad y control sobre el dinero que destina a la atención médica. Además, quiere el máximo de un aliado de confianza que lo pueda guiar en todo momento. Esa es exactamente la solución que le ofrece Kaiser Permanente.

Todos nuestros planes les dan a sus empleados lo que necesiten para estar más sanos y ser más productivos cada día: médicos altamente calificados, un enfoque en la prevención, herramientas innovadoras para promover la salud y atención personalizada de alta calidad.

Planes de HMO con copago: un copago es el monto fijo en dólares que debe pagar por determinados medicamentos o servicios cubiertos. Los planes con copago, en general, tienen tarifas fijas y no incluyen un deducible. Esto le permite saber por adelantado cuánto pagará por los servicios, como las visitas al consultorio y los medicamentos.

- Platinum 90 HMO 0/10 + Child Dental Alt¹
- Platinum 90 HMO 0/20 + Child Dental
- Gold 80 HMO 0/30 + Child Dental Alt¹

Planes de HMO con deducible: un deducible es un monto fijo que debe pagar en un año del plan por la mayoría de los servicios cubiertos antes de que su plan de salud empiece a cubrirlos. Cuando alcance el deducible, empezará a pagar un copago o un coseguro (un porcentaje de los cargos totales) por la mayoría de los servicios cubiertos durante el resto del año del plan hasta que alcance el gasto máximo de bolsillo. Según su plan, es posible que pague un coseguro o copagos por algunos servicios sin tener que alcanzar el deducible.

- Gold 80 HMO 250/35 + Child Dental
- Gold 80 HMO 1000/40 + Child Dental Alt¹
- Silver 70 HMO 1900/65 + Child Dental Alt¹
- Silver 70 HMO 2300/65 + Child Dental Alt¹
- Silver 70 HMO 2500/55 + Child Dental
- Silver 70 HMO 2800/65 + Child Dental Alt¹
- Bronze 60 HMO 5400/60 + Child Dental Alt¹
- Bronze 60 HMO 6300/65 + Child Dental

Planes de salud con deducible alto (*high deductible health plan, HDHP*) que admiten una HSA: estos planes de HMO con deducible son compatibles con una cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) administrada a través de Kaiser Permanente, lo que les da a sus empleados la opción de abrir una HSA. Pueden aportar dinero antes de la deducción de impuestos o dinero deducible de impuestos² a la HSA y usarlo para pagar los gastos médicos admitidos. Para ver la lista completa de los gastos médicos admitidos, consulte la *Publicación 502 del Servicio de Impuestos Internos* (Internal Revenue Service, IRS), *Medical and Dental Expenses* (Gastos médicos y dentales), en [irs.gov/publications](https://www.irs.gov/publications). (Consulte la página 4 para leer más detalles).

- Gold 80 HDHP HMO 1600/15% + Child Dental Alt¹
- Silver 70 HDHP HMO 2700/25% + Child Dental
- Bronze 60 HDHP HMO 7000/0 + Child Dental

Plan de HMO con deducible y HRA: este plan con deducible es compatible con un acuerdo de reembolso de gastos médicos (HRA), que usted establecerá para sus empleados. Usted aporta dinero al HRA de sus empleados y ellos pueden usarlo para pagar los servicios de atención médica que reciban. Como este dinero no se considera parte del salario, no está sujeto al impuesto federal sobre el ingreso.² (Consulte la página 4 para leer más detalles).

- Gold 80 HRA HMO 2250/35 + Child Dental

Planes de seguro de PPO: estos planes le proporcionan acceso sin referencia a médicos contratados de los sistemas de atención médica privados (*private healthcare systems, PHCS*) o a cualquier otro proveedor autorizado que elija. En multiplan.com/kaiser (haga clic en "Español"), encontrará un directorio en línea de los proveedores participantes.

- Platinum 90 PPO 0/15 + Child Dental
- Gold 80 PPO 350/25 + Child Dental
- Silver 70 PPO 2500/55 + Child Dental
- Bronze 60 PPO 6300/65 + Child Dental

¹ La abreviatura "Alt", en ciertos nombres de planes, se usa para designar planes desarrollados por Kaiser Permanente, que son diferentes de los planes estándar y están disponibles a través de Covered California for Small Business. Estos planes "Alt" también incluyen beneficios de servicios quiroprácticos y de acupuntura, a excepción del plan Gold 80 HDHP HMO 1600/15%.

² Las referencias a impuestos se vinculan únicamente con el impuesto federal sobre el ingreso. Para obtener información sobre las leyes estatales que regulan el impuesto sobre el ingreso, consulte a su asesor financiero o fiscal. Las leyes y los reglamentos federales y estatales sobre impuestos están sujetos a cambios.



Cuentas para pagos de salud

Administración de HSA y HRA a través de Kaiser Permanente

Escoja asociar una cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) o un acuerdo de reembolso de gastos médicos (HRA) administrados a través de Kaiser Permanente con su plan de salud para conseguir una solución integral que le permita dedicar menos tiempo a la administración de la atención médica de sus empleados y más tiempo a sus negocios.

HSA

- Una HSA es una cuenta que pertenece a los empleados y que se puede usar para pagar los gastos médicos admitidos.
- Sus empleados ahorran impuestos de tres maneras gracias a las contribuciones anteriores a la deducción de impuestos a través de la nómina, la ganancia de intereses libres de impuestos y el retiro libre de impuestos para pagar los gastos admitidos.¹
- Sus empleados o usted pueden hacer un pago administrativo mensual de \$3.25 por cada cuenta de empleado.
- Disponible para los empleados elegibles inscritos en los planes de beneficios Gold 80 HDHP HMO 1600/15% + Child Dental Alt, Silver 70 HDHP HMO 2700/25% + Child Dental o Bronze 60 HDHP HMO 7000/0 + Child Dental.²

HRA³

- Un HRA le permite aportar dinero para que sus empleados paguen gastos médicos admitidos libres de impuestos.¹
- Hay varios tipos de HRA disponibles, desde coberturas limitadas hasta otras más integrales.
- Usted, el empleador, debe hacer un pago administrativo mensual de \$3.75 por cada cuenta de empleado.
- Disponible para empleados inscritos en el plan de beneficios Gold 80 HRA HMO 2250/35 + Child Dental.

- **Acceso sencillo en línea:** sus empleados pueden aprovechar el acceso las 24 horas del día al plan de salud y a la cuenta para pagos de salud a través de kp.org/espanol y de la aplicación Balance Tracker de Kaiser Permanente para teléfonos inteligentes y dispositivos móviles.
- **Diversas opciones de pago:** independientemente del tipo de cuenta que escoja ofrecer, sus empleados tendrán opciones de pago convenientes que les permitirán acceder de forma sencilla a los fondos de sus cuentas para pagos de salud y reducir los trámites.
 - Nuestra HSA y ciertos tipos de HRA incluyen una tarjeta para pagos de salud, que funciona como una tarjeta de débito. Esto significa que los empleados no tienen que presentar reclamos ni solicitar reembolsos cuando pagan los gastos médicos admitidos con su tarjeta.
 - Otros tipos de HRA ofrecen a los empleados la conveniencia del reembolso automático para los servicios médicos elegibles que se reciben y pagan en los centros de atención de Kaiser Permanente.

Para obtener más información sobre las opciones de cuentas, comuníquese con un representante de Kaiser Permanente.

¹ Las referencias a impuestos se vinculan únicamente con el impuesto federal sobre el ingreso. Para obtener información sobre las leyes estatales que regulan el impuesto sobre el ingreso, consulte a su asesor financiero o fiscal. Las leyes y los reglamentos federales y estatales sobre impuestos están sujetos a cambios.

² Consulte la lista de gastos médicos y dentales admitidos en la *Publicación 502 del IRS*.

³ Los grupos que elijan el plan HMO Gold HRA 2250/35 con deducible y HRA tienen que establecer y financiar un HRA para cada empleado inscrito. Los límites de financiamiento permitidos varían de \$100 a \$400 por empleado. Si el grupo cubre dependientes, los límites de financiamiento permitidos por familia varían de \$200 a \$800.



Cómo interpretar los planes de salud

En la siguiente sección, “Características de los planes”, se incluye un resumen de lo que sus empleados pagarían por determinados servicios con nuestros planes. Las 4 categorías de cobertura principales, conocidas como “planes de nivel metal”, son las siguientes: Platinum, Gold, Silver y Bronze. Estas 4 categorías ofrecen diferentes niveles de copagos, coseguro y deducibles para los beneficios de salud esenciales.

Este es un resumen de cómo usar la tabla.

CARACTERÍSTICAS		Bronze 60 ^① HMO 6300/65* + Child Dental
DEDUCIBLE DEL PLAN		Plan de HMO con deducible
② Integrado		Individual: \$6,300 ¹⁰ Familiar: \$12,600 ¹⁰ ③
④ GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO		Individual: \$8,600 ^{1,10} Familiar: \$17,200 ^{1,10} ③
EN EL CONSULTORIO MÉDICO		
Consultas de atención primaria		\$65 (después del deducible del plan) ²
Consultas de atención de urgencia		\$65 (después del deducible del plan) ²
Visitas al consultorio de atención especializada		\$95 (después del deducible del plan) ²
Exámenes preventivos, vacunas		\$0 ¹² ⑤
Atención prenatal		\$0 ³
Atención posparto		\$0 ³
Consultas de atención preventiva para el bienestar infantil		\$0 ²³
Inyecciones para las alergias		\$5 por consulta (después del deducible del plan)
Servicios de fertilidad		Sin cobertura ¹⁷
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla		\$65 ⑥
La mayoría de los análisis de laboratorio		\$40
La mayoría de las radiografías y pruebas de diagnóstico		40 % (después del deducible del plan)
La mayoría de las resonancias magnéticas y tomografías computarizadas o por emisión de positrones		40 % (después del deducible del plan)
Cirugía para pacientes ambulatorios (por procedimiento)		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)		40 % (después del deducible del plan)
Ambulancia		40 % (después del deducible del plan)
MEDICAMENTOS		
Medicamentos genéricos (suministro de hasta 30 días)		\$18 (después del deducible de \$500 para medicamentos) ²⁴
Medicamentos de marca (suministro de hasta 30 días)		40 % por receta médica hasta un máximo de \$500 (después del deducible de \$500 para medicamentos) ²⁴
Medicamentos especializados (suministro de hasta 30 días)		40 % por receta médica hasta un máximo de \$500 (después del deducible de \$500 para medicamentos) ²⁴
ATENCIÓN PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS		
Servicios de médicos, habitación y comidas, exámenes, medicamentos, suministros, terapias, servicios para partos		40 % (después del deducible del plan) ⑦
Atención en un centro de enfermería especializada (hasta 100 días por periodo de beneficios)		40 % (después del deducible del plan)
SERVICIOS DE SALUD MENTAL		
Paciente ambulatorio (en el consultorio médico)		\$0
Paciente hospitalizado (en el hospital)		40 % (después del deducible del plan)
SERVICIOS PARA TRATAR TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS		
Paciente ambulatorio (en el consultorio médico)		\$0
Paciente hospitalizado (solo desintoxicación)		40 % (después del deducible del plan)
OTROS		
Teleconsultas		\$0
Acupuntura		\$65 por consulta (después del deducible del plan) para servicios de acupuntura con referencia de un médico.
Determinado equipo médico duradero (DME) (suplementario y básico)		40 % (después del deducible del plan) ^{5,6}
Determinados dispositivos protésicos y ortopédicos		\$0
Óptica pediátrica (artículos para la vista)		1 par de anteojos o lentes de contacto por año ⁷
Examen de la vista pediátrico		\$0
Óptica para adultos (artículos para la vista)		Sin cobertura ⁸
Examen de la vista para adultos (de refracciones oculares)		\$0
Atención médica a domicilio (hasta 100 consultas por año)		40 % (después del deducible del plan)
Cuidados paliativos		\$0

Consulte las notas al pie para los planes en la página 17.

Consulte los beneficios de atención dental pediátrica en la página 18.

1. Valor actuarial

El porcentaje del costo total promedio de los beneficios cubiertos que cubrirá el plan. Por ejemplo, si un plan tiene un valor actuarial del 60 %, en promedio, los miembros serían responsables del 40 % del costo de todos los beneficios cubiertos. Sin embargo, los miembros podrían ser responsables de un porcentaje mayor o menor de los costos totales de los servicios cubiertos en el año en función de la atención real que necesiten y los términos de la póliza.

2. Deducible del plan

Monto fijo que pagan los empleados en un año del plan por la mayoría de los servicios cubiertos antes de que su plan de salud empiece a cubrirlos. Está incluido en el gasto máximo de bolsillo.

3. Acumulación integrada

Cada familiar empezará a pagar los copagos o el coseguro después de alcanzar su propio deducible individual o cuando se alcance el deducible familiar, lo que ocurra primero. Además, los familiares ya no deberán cumplir individualmente con el costo compartido cuando alcancen su propio gasto máximo de bolsillo individual o cuando se alcance el gasto máximo de bolsillo familiar, lo que ocurra primero. No todos los servicios están sujetos al deducible o al gasto máximo de bolsillo.

4. Gasto máximo de bolsillo

El monto máximo que pagará un individuo o una familia por todos los servicios cubiertos en un año antes de que el plan empiece a pagar el 100 % de la mayoría o de todos los servicios cubiertos.

5. Atención preventiva sin cargo

La mayoría de los servicios preventivos están cubiertos sin cargo y no están sujetos al deducible.

6. Copago

El monto fijo que pagarán los empleados por determinados servicios.

7. Coseguro

El porcentaje del costo total de ciertos servicios que pagará un empleado después de alcanzar el deducible, hasta llegar al gasto máximo de bolsillo.

Planes Platinum HMO de Kaiser Permanente

Características de los Planes

Fechas de vigencia: del 1/1/23 al 1/12/23
* También disponible en Covered California for Small Business y CaliforniaChoice.

	Platinum 90 HMO 0/10* + Child Dental Alt	Platinum 90 HMO 0/20* + Child Dental
CARACTERÍSTICAS	Plan de HMO con copago	Plan de HMO con copago
DEDUCIBLE DEL PLAN	\$0	\$0
GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO Integrado	Individual: \$3,000 ^{1,28} Familiar: \$6,000 ^{1,28}	Individual: \$4,500 ^{1,28} Familiar: \$9,000 ^{1,28}
EN EL CONSULTORIO MÉDICO Consultas de atención primaria	\$10	\$20
Consultas de atención de urgencia	\$10	\$20
Visitas al consultorio de atención especializada	\$20	\$30
Exámenes preventivos, vacunas	\$0 ¹²	\$0 ¹²
Atención prenatal	\$0 ³	\$0 ³
Atención posparto	\$0 ³	\$0 ³
Consultas de atención preventiva para el bienestar infantil	\$0 ²³	\$0 ²³
Inyecciones para las alergias	\$5 por consulta	\$5 por consulta
Servicios de fertilidad	Sin cobertura ¹⁷	Sin cobertura ¹⁷
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla	\$10	\$20
La mayoría de los análisis de laboratorio	\$20	\$20
La mayoría de las radiografías y pruebas de diagnóstico	\$40	\$30
La mayoría de las resonancias magnéticas y tomografías computarizadas o por emisión de positrones	\$150	\$100
Cirugía para pacientes ambulatorios (por procedimiento)	\$300	\$125
SERVICIOS DE EMERGENCIA Consultas en el Departamento de Emergencias (el cargo no se exige si es admitido directamente al hospital)	\$200	\$150
Ambulancia	\$150	\$150
MEDICAMENTOS Medicamentos genéricos (suministro de hasta 30 días)	\$5 ²⁴	\$5 ²⁴
Medicamentos de marca (suministro de hasta 30 días)	\$15 ²⁴	\$20 ²⁴
Medicamentos especializados (suministro de hasta 30 días)	10 % por receta médica hasta un máximo de \$250 ²⁴	10 % por receta médica hasta un máximo de \$250 ²⁴
ATENCIÓN PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Servicios de médicos, habitación y comidas, exámenes, medicamentos, suministros, terapias, servicios para partos	\$500 por hospitalización	\$250 por día, hasta 5 días por hospitalización ²⁶
Atención en un centro de enfermería especializada (hasta 100 días por periodo de beneficios)	\$250 por hospitalización	\$150 por día, hasta 5 días por hospitalización ²⁶
SERVICIOS DE SALUD MENTAL Paciente ambulatorio (en el consultorio médico)	\$10	\$20
Paciente hospitalizado (en el hospital)	\$500 por hospitalización	\$250 por día, hasta 5 días por hospitalización ²⁶
SERVICIOS PARA TRATAR TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS Paciente ambulatorio (en el consultorio médico)	\$10	\$20
Paciente hospitalizado (solo desintoxicación)	\$500 por hospitalización	\$250 por día, hasta 5 días por hospitalización ²⁶
OTROS Teleconsultas	\$0	\$0
Servicios quiroprácticos y de acupuntura	\$15 por consulta (autorreferencia; 20 consultas combinadas por año)	\$20 por consulta para servicios de acupuntura con referencia de un médico; los servicios quiroprácticos no están cubiertos.
Determinado equipo médico duradero (DME) (suplementario y básico)	10 % ^{5,6}	10 % ^{5,6}
Determinados dispositivos protésicos y ortésicos	\$0	\$0
Óptica pediátrica (artículos para la vista)	1 par de anteojos o lentes de contacto por año ⁷	1 par de anteojos o lentes de contacto por año ⁷
Examen de la vista pediátrico	\$0	\$0
Óptica para adultos (artículos para la vista)	Asignación de \$175 ³¹	Sin cobertura ⁸
Examen de la vista para adultos (de refracciones oculares)	\$0	\$0
Atención médica a domicilio (hasta 100 consultas por año)	\$0	\$20 por consulta
Cuidados paliativos	\$0	\$0

Planes Gold HMO de Kaiser Permanente

Características de los Planes

Fechas de vigencia: del 1/1/23 al 1/12/23
* También disponible en Covered California for Small Business y CaliforniaChoice.

	Gold 80 HMO 0/30* + Child Dental Alt	Gold 80 HMO 250/35* + Child Dental
CARACTERÍSTICAS	Plan de HMO con copago	Plan de HMO con deducible
DEDUCIBLE DEL PLAN Integrado	\$0	Individual: \$250 ¹⁰ Familiar: \$500 ¹⁰
GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO Integrado	Individual: \$7,500 ^{1,28} Familiar: \$15,000 ^{1,28}	Individual: \$7,800 ^{1,10} Familiar: \$15,600 ^{1,10}
EN EL CONSULTORIO MÉDICO		
Consultas de atención primaria	\$30	\$35
Consultas de atención de urgencia	\$30	\$35
Visitas al consultorio de atención especializada	\$50	\$55
Exámenes preventivos, vacunas	\$0 ¹²	\$0 ¹²
Atención prenatal	\$0 ³	\$0 ³
Atención posparto	\$0 ³	\$0 ³
Consultas de atención preventiva para el bienestar infantil	\$0 ²³	\$0 ²³
Inyecciones para las alergias	\$5 por consulta	\$5 por consulta
Servicios de fertilidad	Sin cobertura ¹⁷	Sin cobertura ¹⁷
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla	\$30	\$35
La mayoría de los análisis de laboratorio	\$30	\$35
La mayoría de las radiografías y pruebas de diagnóstico	\$40	\$55
La mayoría de las resonancias magnéticas y tomografías computarizadas o por emisión de positrones	\$250	\$250 (después del deducible del plan)
Cirugía para pacientes ambulatorios (por procedimiento)	\$320	\$335 (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)	\$250	\$250 (después del deducible del plan)
Ambulancia	\$250	\$250 (después del deducible del plan)
MEDICAMENTOS		
Medicamentos genéricos (suministro de hasta 30 días)	\$15 ²⁴	\$15 ²⁴
Medicamentos de marca (suministro de hasta 30 días)	\$50 ²⁴	\$40 ²⁴
Medicamentos especializados (suministro de hasta 30 días)	20 % por receta médica hasta un máximo de \$250 ²⁴	20 % por receta médica hasta un máximo de \$250 ²⁴
ATENCIÓN PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS		
Servicios de médicos, habitación y comidas, exámenes, medicamentos, suministros, terapias, servicios para partos	\$600 por día, hasta 5 días por hospitalización ²⁶	\$600 por día, hasta 5 días por hospitalización (después del deducible del plan) ²⁶
Atención en un centro de enfermería especializada (hasta 100 días por periodo de beneficios)	\$300 por día, hasta 5 días por hospitalización ²⁶	\$300 por día, hasta 5 días por hospitalización (después del deducible del plan) ²⁶
SERVICIOS DE SALUD MENTAL		
Paciente ambulatorio (en el consultorio médico)	\$30	\$35
Paciente hospitalizado (en el hospital)	\$600 por día, hasta 5 días por hospitalización ²⁶	\$600 por día, hasta 5 días por hospitalización (después del deducible del plan) ²⁶
SERVICIOS PARA TRATAR TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS		
Paciente ambulatorio (en el consultorio médico)	\$30	\$35
Paciente hospitalizado (solo desintoxicación)	\$600 por día, hasta 5 días por hospitalización ²⁶	\$600 por día, hasta 5 días por hospitalización (después del deducible del plan) ²⁶
OTROS		
Teleconsultas	\$0	\$0
Servicios quiroprácticos y de acupuntura	\$15 por consulta (autorreferencia; 20 consultas combinadas por año)	\$35 por consulta para servicios de acupuntura con referencia de un médico; los servicios quiroprácticos no están cubiertos.
Determinado equipo médico duradero (DME) (suplementario y básico)	20 % ^{5,6}	20 % ^{5,6,27}
Determinados dispositivos protésicos y ortésicos	\$0	\$0
Óptica pediátrica (artículos para la vista)	1 par de anteojos o lentes de contacto por año ⁷	1 par de anteojos o lentes de contacto por año ⁷
Examen de la vista pediátrico	\$0	\$0
Óptica para adultos (artículos para la vista)	Sin cobertura ⁸	Sin cobertura ⁸
Examen de la vista para adultos (de refracciones oculares)	\$0	\$0
Atención médica a domicilio (hasta 100 consultas por año)	\$0	\$30 por consulta
Cuidados paliativos	\$0	\$0

Consulte las notas al pie para los planes en la página 17.

Consulte los beneficios de atención dental pediátrica en la página 18.

Planes Gold HMO de Kaiser Permanente

Características de los Planes

Fechas de vigencia: del 1/1/23 al 1/12/23
* También disponible en Covered California for Small Business y CaliforniaChoice.

	Gold 80 HMO 1000/40* + Child Dental Alt	Gold 80 HDHP HMO 1600/15%* + Child Dental Alt	Gold 80 HRA HMO 2250/35 + Child Dental
CARACTERÍSTICAS	Plan de HMO con deducible	Compatibilidad con una HSA Plan de Salud con Deducible Alto (la HSA puede administrarse a través de Kaiser Permanente)	Plan de HMO con deducible con HRA ³⁰ (el HRA puede administrarse a través de Kaiser Permanente)
DEDUCIBLE DEL PLAN Integrado	Individual: \$1,000 ¹⁰ Familiar: \$2,000 ¹⁰	Solamente usted: \$1,600 ^{10, 32} Individual: \$3,000 ^{10, 32} Familiar: \$3,200 ^{10, 32}	Individual: \$2,250 ¹⁰ Familiar: \$4,500 ¹⁰
GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO Integrado	Individual: \$7,800 ^{1, 10} Familiar: \$15,600 ^{1, 10}	Individual: \$3,550 ^{10, 29} Familiar: \$7,100 ^{10, 29}	Individual: \$8,500 ^{1, 10} Familiar: \$17,000 ^{1, 10}
EN EL CONSULTORIO MÉDICO Consultas de atención primaria	\$40	15 % (después del deducible del plan)	\$35
Consultas de atención de urgencia	\$40	15 % (después del deducible del plan)	\$35
Visitas al consultorio de atención especializada	\$60	15 % (después del deducible del plan)	\$50
Exámenes preventivos, vacunas	\$0 ¹²	\$0 ¹²	\$0 ¹²
Atención prenatal	\$0 ³	\$0 ⁴	\$0 ³
Atención posparto	\$0 ³	\$0 (después del deducible del plan) ¹⁶	\$0 ³
Consultas de atención preventiva para el bienestar infantil	\$0 ²³	\$0 ²³	\$0 ²³
Inyecciones para las alergias	\$5 por consulta	15 % por consulta (después del deducible del plan)	\$5 por consulta (después del deducible del plan)
Servicios de fertilidad	Sin cobertura ¹⁷	Sin cobertura ¹⁷	Sin cobertura ¹⁷
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla	\$40	15 % (después del deducible del plan)	\$35 (después del deducible del plan)
La mayoría de los análisis de laboratorio	\$30	15 % (después del deducible del plan)	25 % (después del deducible del plan)
La mayoría de las radiografías y pruebas de diagnóstico	\$60	15 % (después del deducible del plan)	25 % (después del deducible del plan)
La mayoría de las resonancias magnéticas y tomografías computarizadas o por emisión de positrones	\$350 (después del deducible del plan)	15 % (después del deducible del plan)	25 % (después del deducible del plan)
Cirugía para pacientes ambulatorios (por procedimiento)	\$350	15 % (después del deducible del plan)	25 % (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)	\$350	15 % (después del deducible del plan)	25 % (después del deducible del plan)
Ambulancia	\$350	15 % (después del deducible del plan)	25 % (después del deducible del plan)
MEDICAMENTOS Medicamentos genéricos (suministro de hasta 30 días)	\$20 ²⁴	\$15 (después del deducible del plan) ²⁴	\$15 ²⁴
Medicamentos de marca (suministro de hasta 30 días)	\$50 (después del deducible de \$250 para medicamentos) ²⁴	\$45 (después del deducible del plan) ²⁴	\$30 (después del deducible de \$100 para medicamentos) ²⁴
Medicamentos especializados (suministro de hasta 30 días)	20 % por receta médica hasta un máximo de \$250 (después del deducible de \$250 para medicamentos) ²⁴	15 % por receta médica hasta un máximo de \$250 (después del deducible del plan) ²⁴	20 % por receta médica hasta un máximo de \$250 (después del deducible de \$100 para medicamentos) ²⁴
ATENCIÓN PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Servicios de médicos, habitación y comidas, exámenes, medicamentos, suministros, terapias, servicios para partos	\$600 por día, hasta 5 días por hospitalización (después del deducible del plan) ²⁶	15 % (después del deducible del plan)	25 % (después del deducible del plan)
Atención en un centro de enfermería especializada (hasta 100 días por periodo de beneficios)	\$300 por día, hasta 5 días por hospitalización (después del deducible del plan) ²⁶	15 % (después del deducible del plan)	25 % (después del deducible del plan)
SERVICIOS DE SALUD MENTAL Paciente ambulatorio (en el consultorio médico)	\$40	15 % (después del deducible del plan)	\$35
Paciente hospitalizado (en el hospital)	\$600 por día, hasta 5 días por hospitalización (después del deducible del plan) ²⁶	15 % (después del deducible del plan)	25 % (después del deducible del plan)
SERVICIOS PARA TRATAR TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS Paciente ambulatorio (en el consultorio médico)	\$40	15 % (después del deducible del plan)	\$35
Paciente hospitalizado (solo desintoxicación)	\$600 por día, hasta 5 días por hospitalización (después del deducible del plan) ²⁶	15 % (después del deducible del plan)	25 % (después del deducible del plan)
OTROS Teleconsultas	\$0	\$0 (después del deducible del plan) ³³	\$0
Servicios quiroprácticos y de acupuntura	\$15 por consulta (autorreferencia; 20 consultas combinadas por año)	15 % por consulta (después del deducible del plan) para servicios de acupuntura con referencia de un médico; los servicios quiroprácticos no están cubiertos.	\$35 por consulta para servicios de acupuntura con referencia de un médico; los servicios quiroprácticos no están cubiertos.
Determinado equipo médico duradero (DME) (suplementario y básico)	20 % ^{5, 6, 27}	15 % (después del deducible del plan) ^{5, 6}	50 % ^{5, 6, 27}
Determinados dispositivos protésicos y ortésicos	\$0	\$0 (después del deducible del plan)	\$0
Óptica pediátrica (artículos para la vista)	1 par de anteojos o lentes de contacto por año ⁷	1 par de anteojos o lentes de contacto por año ⁷	1 par de anteojos o lentes de contacto por año ⁷
Examen de la vista pediátrico	\$0	\$0	\$0
Óptica para adultos (artículos para la vista)	Sin cobertura ⁸	Sin cobertura ⁸	Sin cobertura ⁸
Examen de la vista para adultos (de refracciones oculares)	\$0	\$0	\$0
Atención médica a domicilio (hasta 100 consultas por año)	\$0	15 % (después del deducible del plan)	\$0
Cuidados paliativos	\$0	\$0 (después del deducible del plan)	\$0

Consulte las notas al pie para los planes en la página 17.

Consulte los beneficios de atención dental pediátrica en la página 18.

Consulte la página 4 para leer detalles sobre los HRA.

Planes Silver HMO de Kaiser Permanente

Características de los Planes

Fechas de vigencia: del 1/1/23 al 1/12/23
* También disponible en Covered California for Small Business y CaliforniaChoice.

	Silver 70 HMO 1900/65* + Child Dental Alt	Silver 70 HMO 2300/65* + Child Dental Alt	Silver 70 HMO 2500/55* + Child Dental
CARACTERÍSTICAS	Plan de HMO con deducible	Plan de HMO con deducible	Plan de HMO con deducible
DEDUCIBLE DEL PLAN Integrado	Individual: \$1,900 ¹⁰ Familiar: \$3,800 ¹⁰	Individual: \$2,300 ¹⁰ Familiar: \$4,600 ¹⁰	Individual: \$2,500 ¹⁰ Familiar: \$5,000 ¹⁰
GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO Integrado	Individual: \$8,750 ^{1,10} Familiar: \$17,500 ^{1,10}	Individual: \$8,750 ^{1,10} Familiar: \$17,500 ^{1,10}	Individual: \$8,750 ^{1,10} Familiar: \$17,500 ^{1,10}
EN EL CONSULTORIO MÉDICO			
Consultas de atención primaria	\$65	\$65	\$55
Consultas de atención de urgencia	\$65	\$65	\$55
Visitas al consultorio de atención especializada	\$100	\$100	\$90
Exámenes preventivos, vacunas	\$0 ¹²	\$0 ¹²	\$0 ¹²
Atención prenatal	\$0 ³	\$0 ³	\$0 ³
Atención posparto	\$0 ³	\$0 ³	\$0 ³
Consultas de atención preventiva para el bienestar infantil	\$0 ²³	\$0 ²³	\$0 ²³
Inyecciones para las alergias	\$5 por consulta	\$5 por consulta	\$5 por consulta
Servicios de fertilidad	Sin cobertura ¹⁷	Sin cobertura ¹⁷	Sin cobertura ¹⁷
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla	\$65	\$65	\$55
La mayoría de los análisis de laboratorio	\$30	\$30	\$55
La mayoría de las radiografías y pruebas de diagnóstico	\$75	\$75	\$90
La mayoría de las resonancias magnéticas y tomografías computarizadas o por emisión de positrones	\$400 (después del deducible del plan)	\$400 (después del deducible del plan)	\$300 (después del deducible del plan)
Cirugía para pacientes ambulatorios (por procedimiento)	45 % (después del deducible del plan)	45 % (después del deducible del plan)	35 % (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)	45 % (después del deducible del plan)	45 % (después del deducible del plan)	30 % (después del deducible del plan)
Ambulancia	45 % (después del deducible del plan)	45 % (después del deducible del plan)	30 % (después del deducible del plan)
MEDICAMENTOS			
Medicamentos genéricos (suministro de hasta 30 días)	\$20 ²⁴	\$20 ²⁴	\$19 ²⁴
Medicamentos de marca (suministro de hasta 30 días)	\$100 ²⁴	\$100 (después del deducible de \$500 para medicamentos) ²⁴	\$85 (después del deducible de \$370 para medicamentos) ²⁴
Medicamentos especializados (suministro de hasta 30 días)	20 % por receta médica hasta un máximo de \$250 (después del deducible del plan) ²⁴	20 % por receta médica hasta un máximo de \$250 (después del deducible de \$500 para medicamentos) ²⁴	30 % por receta médica hasta un máximo de \$250 (después del deducible de \$370 para medicamentos) ²⁴
ATENCIÓN PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS			
Servicios de médicos, habitación y comidas, exámenes, medicamentos, suministros, terapias, servicios para partos	45 % (después del deducible del plan)	45 % (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)	45 % (después del deducible del plan)	45 % (después del deducible del plan)	40 % (después del deducible del plan)
SERVICIOS DE SALUD MENTAL			
Paciente ambulatorio (en el consultorio médico)	\$0	\$0	\$0
Paciente hospitalizado (en el hospital)	45 % (después del deducible del plan)	45 % (después del deducible del plan)	40 % (después del deducible del plan)
SERVICIOS PARA TRATAR TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS			
Paciente ambulatorio (en el consultorio médico)	\$0	\$0	\$0
Paciente hospitalizado (solo desintoxicación)	45 % (después del deducible del plan)	45 % (después del deducible del plan)	40 % (después del deducible del plan)
OTROS			
Teleconsultas	\$0	\$0	\$0
Servicios quiroprácticos y de acupuntura	\$15 por consulta (autorreferencia; 20 consultas combinadas por año)	\$15 por consulta (autorreferencia; 20 consultas combinadas por año)	\$55 por consulta para servicios de acupuntura con referencia de un médico; los servicios quiroprácticos no están cubiertos.
Determinado equipo médico duradero (DME) (suplementario y básico)	45 % ^{5, 6, 27}	45 % ^{5, 6, 27}	40 % ^{5, 6, 27}
Determinados dispositivos protésicos y ortésicos	\$0	\$0	\$0
Óptica pediátrica (artículos para la vista)	1 par de anteojos o lentes de contacto por año ⁷	1 par de anteojos o lentes de contacto por año ⁷	1 par de anteojos o lentes de contacto por año ⁷
Examen de la vista pediátrico	\$0	\$0	\$0
Óptica para adultos (artículos para la vista)	Sin cobertura ⁸	Sin cobertura ⁸	Sin cobertura ⁸
Examen de la vista para adultos (de refracciones oculares)	\$0	\$0	\$0
Atención médica a domicilio (hasta 100 consultas por año)	\$0	\$0	\$45 por consulta
Cuidados paliativos	\$0	\$0	\$0

Consulte las notas al pie para los planes en la página 17.

Consulte los beneficios de atención dental pediátrica en la página 18.

Planes Silver HMO de Kaiser Permanente

Características de los Planes

Fechas de vigencia: del 1/1/23 al 1/12/23
* También disponible en Covered California for Small Business y CaliforniaChoice.

	Silver 70 HMO 2800/65* + Child Dental Alt	Silver 70 HDHP HMO 2700/25%* + Child Dental
CARACTERÍSTICAS	Plan de HMO con deducible	Compatibilidad con una HSA Plan de Salud con Deducible Alto (la HSA puede administrarse a través de Kaiser Permanente)
DEDUCIBLE DEL PLAN Integrado	Individual: \$2,800 ¹⁰ Familiar: \$5,600 ¹⁰	Solamente usted: \$2,700 ^{10, 32} Individual: \$3,000 ^{10, 32} Familiar: \$5,400 ^{10, 32}
GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO Integrado	Individual: \$8,750 ^{1, 10} Familiar: \$17,500 ^{1, 10}	Individual: \$7,200 ^{10, 29} Familiar: \$14,400 ^{10, 29}
EN EL CONSULTORIO MÉDICO		
Consultas de atención primaria	\$65	25 % (después del deducible del plan)
Consultas de atención de urgencia	\$65	25 % (después del deducible del plan)
Visitas al consultorio de atención especializada	\$100	25 % (después del deducible del plan)
Exámenes preventivos, vacunas	\$0 ¹²	\$0 ¹²
Atención prenatal	\$0 ³	\$0 ⁴
Atención posparto	\$0 ³	\$0 (después del deducible del plan) ¹⁶
Consultas de atención preventiva para el bienestar infantil	\$0 ²³	\$0 ²³
Inyecciones para las alergias	\$5 por consulta	25 % por consulta (después del deducible del plan)
Servicios de fertilidad	Sin cobertura ¹⁷	Sin cobertura ¹⁷
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla	\$65	25 % (después del deducible del plan)
La mayoría de los análisis de laboratorio	\$30 (después del deducible del plan)	25 % (después del deducible del plan)
La mayoría de las radiografías y pruebas de diagnóstico	\$75 (después del deducible del plan)	25 % (después del deducible del plan)
La mayoría de las resonancias magnéticas y tomografías computarizadas o por emisión de positrones	\$400 (después del deducible del plan)	25 % (después del deducible del plan)
Cirugía para pacientes ambulatorios (por procedimiento)	45 % (después del deducible del plan)	25 % (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)	45 % (después del deducible del plan)	25 % (después del deducible del plan)
Ambulancia	45 % (después del deducible del plan)	25 % (después del deducible del plan)
MEDICAMENTOS		
Medicamentos genéricos (suministro de hasta 30 días)	\$20 ²⁴	25 % por receta médica hasta un máximo de \$250 (después del deducible del plan) ²⁴
Medicamentos de marca (suministro de hasta 30 días)	\$100 (después del deducible del plan) ²⁴	25 % por receta médica hasta un máximo de \$250 (después del deducible del plan) ²⁴
Medicamentos especializados (suministro de hasta 30 días)	45 % por receta médica hasta un máximo de \$250 (después del deducible del plan) ²⁴	25 % por receta médica hasta un máximo de \$250 (después del deducible del plan) ²⁴
ATENCIÓN PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS		
Servicios de médicos, habitación y comidas, exámenes, medicamentos, suministros, terapias, servicios para partos	45 % (después del deducible del plan)	25 % (después del deducible del plan)
Atención en un centro de enfermería especializada (hasta 100 días por periodo de beneficios)	45 % (después del deducible del plan)	25 % (después del deducible del plan)
SERVICIOS DE SALUD MENTAL		
Paciente ambulatorio (en el consultorio médico)	\$0	\$0 (después del deducible del plan)
Paciente hospitalizado (en el hospital)	45 % (después del deducible del plan)	25 % (después del deducible del plan)
SERVICIOS PARA TRATAR TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS		
Paciente ambulatorio (en el consultorio médico)	\$0	\$0 (después del deducible del plan)
Paciente hospitalizado (solo desintoxicación)	45 % (después del deducible del plan)	25 % (después del deducible del plan)
OTROS		
Teleconsultas	\$0	\$0 (después del deducible del plan) ³³
Servicios quiroprácticos y de acupuntura	\$15 por consulta (autorreferencia; 20 consultas combinadas por año)	25 % por consulta (después del deducible del plan) para servicios de acupuntura con referencia de un médico; los servicios quiroprácticos no están cubiertos.
Determinado equipo médico duradero (DME) (suplementario y básico)	45 % ^{5, 6, 27}	25 % (después del deducible del plan) ^{5, 6}
Determinados dispositivos protésicos y ortésicos	\$0	\$0 (después del deducible del plan)
Óptica pediátrica (artículos para la vista)	1 par de anteojos o lentes de contacto por año ⁷	1 par de anteojos o lentes de contacto por año ⁷
Examen de la vista pediátrico	\$0	\$0
Óptica para adultos (artículos para la vista)	Sin cobertura ⁸	Sin cobertura ⁸
Examen de la vista para adultos (de refracciones oculares)	\$0	\$0
Atención médica a domicilio (hasta 100 consultas por año)	\$0	25 % (después del deducible del plan)
Cuidados paliativos	\$0	\$0 (después del deducible del plan)

Consulte las notas al pie para los planes en la página 17.

Consulte los beneficios de atención dental pediátrica en la página 18.

Consulte la página 4 para leer detalles sobre las HSA.

Planes Bronze HMO de Kaiser Permanente

Características de los Planes

Fechas de vigencia: del 1/1/23 al 1/12/23
* También disponible en Covered California for Small Business y CaliforniaChoice.

	Bronze 60 HMO 5400/60* + Child Dental Alt	Bronze 60 HMO 6300/65* + Child Dental	Bronze 60 HDHP HMO 7000/0* + Child Dental
CARACTERÍSTICAS	Plan de HMO con deducible	Plan de HMO con deducible	Compatibilidad con una HSA Plan de Salud con Deducible Alto (la HSA puede administrarse a través de Kaiser Permanente)
DEDUCIBLE DEL PLAN Integrado	Individual: \$5,400 ¹⁰ Familiar: \$10,800 ¹⁰	Individual: \$6,300 ¹⁰ Familiar: \$12,600 ¹⁰	Individual: \$7,000 ¹⁰ Familiar: \$14,000 ¹⁰
GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO Integrado	Individual: \$8,300 ^{1,10} Familiar: \$16,600 ^{1,10}	Individual: \$8,600 ^{1,10} Familiar: \$17,200 ^{1,10}	Individual: \$7,000 ^{10,29} Familiar: \$14,000 ^{10,29}
EN EL CONSULTORIO MÉDICO			
Consultas de atención primaria	\$60 (después del deducible del plan) ²	\$65 (después del deducible del plan) ²	\$0 (después del deducible del plan)
Consultas de atención de urgencia	\$60 (después del deducible del plan) ²	\$65 (después del deducible del plan) ²	\$0 (después del deducible del plan)
Visitas al consultorio de atención especializada	\$80 (después del deducible del plan) ²	\$95 (después del deducible del plan) ²	\$0 (después del deducible del plan)
Exámenes preventivos, vacunas	\$0 ¹²	\$0 ¹²	\$0 ¹²
Atención prenatal	\$0 ³	\$0 ³	\$0 ⁴
Atención posparto	\$0 ³	\$0 ³	\$0 (después del deducible del plan) ¹⁶
Consultas de atención preventiva para el bienestar infantil	\$0 ²³	\$0 ²³	\$0 ²³
Inyecciones para las alergias	\$5 por consulta (después del deducible del plan)	\$5 por consulta (después del deducible del plan)	\$0 por consulta (después del deducible del plan)
Servicios de fertilidad	Sin cobertura ¹⁷	Sin cobertura ¹⁷	Sin cobertura ¹⁷
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla	\$65	\$65	\$0 (después del deducible del plan)
La mayoría de los análisis de laboratorio	\$30 (después del deducible del plan)	\$40	\$0 (después del deducible del plan)
La mayoría de las radiografías y pruebas de diagnóstico	50 % (después del deducible del plan)	40 % (después del deducible del plan)	\$0 (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)	40 % (después del deducible del plan)	\$0 (después del deducible del plan)
Cirugía para pacientes ambulatorios (por procedimiento)	50 % (después del deducible del plan)	40 % (después del deducible del plan)	\$0 (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)	50 % (después del deducible del plan)	40 % (después del deducible del plan)	\$0 (después del deducible del plan)
Ambulancia	50 % (después del deducible del plan)	40 % (después del deducible del plan)	\$0 (después del deducible del plan)
MEDICAMENTOS			
Medicamentos genéricos (suministro de hasta 30 días)	\$20 ²⁴	\$18 (después del deducible de \$500 para medicamentos) ²⁴	\$0 (después del deducible del plan) ²⁴
Medicamentos de marca (suministro de hasta 30 días)	50 % por receta médica hasta un máximo de \$500 (después del deducible del plan) ²⁴	40 % por receta médica hasta un máximo de \$500 (después del deducible de \$500 para medicamentos) ²⁴	\$0 (después del deducible del plan) ²⁴
Medicamentos especializados (suministro de hasta 30 días)	50 % por receta médica hasta un máximo de \$500 (después del deducible del plan) ²⁴	40 % por receta médica hasta un máximo de \$500 (después del deducible de \$500 para medicamentos) ²⁴	\$0 (después del deducible del plan) ²⁴
ATENCIÓN PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS			
Servicios de médicos, habitación y comidas, exámenes, medicamentos, suministros, terapias, servicios para partos	50 % (después del deducible del plan)	40 % (después del deducible del plan)	\$0 (después del deducible del plan)
Atención en un centro de enfermería especializada (hasta 100 días por periodo de beneficios)	50 % (después del deducible del plan)	40 % (después del deducible del plan)	\$0 (después del deducible del plan)
SERVICIOS DE SALUD MENTAL			
Paciente ambulatorio (en el consultorio médico)	\$0 (después del deducible del plan) ²	\$0	\$0 (después del deducible del plan)
Paciente hospitalizado (en el hospital)	50 % (después del deducible del plan)	40 % (después del deducible del plan)	\$0 (después del deducible del plan)
SERVICIOS PARA TRATAR TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS			
Paciente ambulatorio (en el consultorio médico)	\$0 (después del deducible del plan) ²	\$0	\$0 (después del deducible del plan)
Paciente hospitalizado (solo desintoxicación)	50 % (después del deducible del plan)	40 % (después del deducible del plan)	\$0 (después del deducible del plan)
OTROS			
Teleconsultas	\$0	\$0	\$0 (después del deducible del plan) ³³
Servicios quiroprácticos y de acupuntura	\$15 por consulta (autorreferencia; 20 consultas combinadas por año)	\$65 por consulta (después del deducible del plan) para servicios de acupuntura con referencia de un médico; los servicios quiroprácticos no están cubiertos.	\$0 por consulta (después del deducible del plan) para servicios de acupuntura con referencia de un médico; los servicios quiroprácticos no están cubiertos
Determinado equipo médico duradero (DME) (suplementario y básico)	50 % (después del deducible del plan) ^{5,6}	40 % (después del deducible del plan) ^{5,6}	\$0 (después del deducible del plan) ^{5,6}
Determinados dispositivos protésicos y ortésicos	\$0	\$0	\$0 (después del deducible del plan)
Óptica pediátrica (artículos para la vista)	1 par de anteojos o lentes de contacto por año ⁷	1 par de anteojos o lentes de contacto por año ⁷	1 par de anteojos o lentes de contacto por año ⁷
Examen de la vista pediátrico	\$0	\$0	\$0
Óptica para adultos (artículos para la vista)	Sin cobertura ⁸	Sin cobertura ⁸	Sin cobertura ⁸
Examen de la vista para adultos (de refracciones oculares)	\$0	\$0	\$0
Atención médica a domicilio (hasta 100 consultas por año)	50 % (después del deducible del plan)	40 % (después del deducible del plan)	\$0 (después del deducible del plan)
Cuidados paliativos	\$0	\$0	\$0 (después del deducible del plan)

Consulte las notas al pie para los planes en la página 17.

Consulte los beneficios de atención dental pediátrica en la página 18.

Consulte la página 4 para leer detalles sobre las HSA.

Planes de seguro Platinum PPO de KPIC

Fechas de vigencia: del 1/1/23 al 1/12/23

Características de los Planes

CARACTERÍSTICAS	Platinum 90 PPO 0/15 + Child Dental	
	Nivel de Proveedores Participantes (dentro de la red) ⁹	Nivel de Proveedores No Participantes (que no pertenecen a la red) ⁹
DEDUCIBLE DEL PLAN Integrado	\$0	Individual: \$500 ¹⁰ Familiar: \$1,000 ¹⁰
GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO Integrado	Individual: \$4,500 ¹¹ Familiar: \$9,000 ¹¹	Individual: \$9,000 ^{10,11} Familiar: \$18,000 ^{10,11}
EN EL CONSULTORIO MÉDICO		
Consultas de atención primaria	\$15	30 % (después del deducible del plan)
Consultas de atención de urgencia	\$15	30 % (después del deducible del plan)
Visitas al consultorio de atención especializada	\$30	30 % (después del deducible del plan)
Exámenes preventivos, vacunas	\$0 ¹²	30 % ¹²
Atención prenatal	\$0 ^{3,13,14}	30 % ^{3,13,14}
Atención posparto	\$0 ³	30 % ³
Consultas de atención preventiva para el bienestar infantil	\$0	30 %
Inyecciones para las alergias	10 % por consulta	30 % por consulta (después del deducible del plan)
Servicios de fertilidad	50 % ¹⁵	Sin cobertura
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla	\$15	30 % (después del deducible del plan)
La mayoría de los análisis de laboratorio	\$15	30 % (después del deducible del plan)
La mayoría de las radiografías y pruebas de diagnóstico	\$30	30 % (después del deducible del plan)
La mayoría de las resonancias magnéticas y tomografías computarizadas o por emisión de positrones	10 %	30 % (después del deducible del plan)
Cirugía para pacientes ambulatorios (por procedimiento)	10 %	30 % (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)	\$200	\$200
Ambulancia	\$150	\$150
MEDICAMENTOS		
Medicamentos genéricos (suministro de hasta 30 días)	\$10 ^{18,19}	
Medicamentos de marca (suministro de hasta 30 días)	\$25 ^{18,19}	
Medicamentos especializados (suministro de hasta 30 días)	10 % por receta médica hasta un máximo de \$250 ¹⁹	
ATENCIÓN PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS		
Servicios de médicos, habitación y comidas, exámenes, medicamentos, suministros, terapias, servicios para partos	10 %	30 % (después del deducible del plan)
Atención en un centro de enfermería especializada (hasta 100 días por periodo de beneficios)	10 %	30 % (después del deducible del plan)
SERVICIOS DE SALUD MENTAL		
Paciente ambulatorio (en el consultorio médico)	\$15	30 % (después del deducible del plan)
Paciente hospitalizado (en el hospital)	10 %	30 % (después del deducible del plan)
SERVICIOS PARA TRATAR TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS		
Paciente ambulatorio (en el consultorio médico)	\$15	30 % (después del deducible del plan)
Paciente hospitalizado (solo desintoxicación)	10 %	30 % (después del deducible del plan)
OTROS		
Teleconsultas	\$0	\$0
Acupuntura	\$15 por consulta	30 % por consulta (después del deducible del plan)
Determinado equipo médico duradero (DME) (suplementario y básico)	10 % ^{21,22}	30 % (después del deducible del plan) ^{21,22}
Determinados dispositivos protésicos y ortésicos	10 %	30 % (después del deducible del plan)
Óptica pediátrica (artículos para la vista)	1 par de anteojos o lentes de contacto por año ⁷	10 % (después del deducible del plan) ⁷
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)	10 % ²⁵	30 % (después del deducible del plan) ²⁵
Cuidados paliativos	\$0	30 % (después del deducible del plan)

Consulte las notas al pie para los planes en la página 17.

Consulte los beneficios de atención dental pediátrica en la página 18.

Planes de seguro Gold PPO de KPIC

Fechas de vigencia: del 1/1/23 al 1/12/23

Características de los Planes

	Gold 80 PPO 350/25 + Child Dental	
CARACTERÍSTICAS	Nivel de Proveedores Participantes (dentro de la red) ⁹	Nivel de Proveedores No Participantes (que no pertenecen a la red) ⁹
DEDUCIBLE DEL PLAN Integrado	Individual: \$350 ¹⁰ Familiar: \$700 ¹⁰	Individual: \$1,000 ¹⁰ Familiar: \$2,000 ¹⁰
GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO Integrado	Individual: \$7,800 ¹¹ Familiar: \$15,600 ¹¹	Individual: \$15,600 ^{10, 11} Familiar: \$31,200 ^{10, 11}
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 ¹²	40 % ¹²
Atención prenatal	\$0 ^{3, 13, 14}	40 % ^{3, 13, 14}
Atención posparto	\$0 ³	40 % ³
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 % ¹⁵	Sin cobertura
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla	\$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 ^{18, 19}	
Medicamentos de marca (suministro de hasta 30 días)	\$50 ^{18, 19}	
Medicamentos especializados (suministro de hasta 30 días)	20 % por receta médica hasta un máximo de \$250 ¹⁹	
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 USO DE SUSTANCIAS 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 % ^{21, 22}	40 % (después del deducible del plan) ^{21, 22}
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 ⁷	20 % (después del deducible del plan) ⁷
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 % ²⁵	40 % (después del deducible del plan) ²⁵
Cuidados paliativos	\$0	40 % (después del deducible del plan)

Consulte las notas al pie para los planes en la página 17.

Consulte los beneficios de atención dental pediátrica en la página 18.

Planes de seguro Silver PPO de KPIC

Fechas de vigencia: del 1/1/23 al 1/12/23

Características de los Planes

CARACTERÍSTICAS	Silver 70 PPO 2500/55 + Child Dental	
	Nivel de Proveedores Participantes (dentro de la red) ⁹	Nivel de Proveedores No Participantes (que no pertenecen a la red) ⁹
DEDUCIBLE DEL PLAN Integrado	Individual: \$2,500 ¹⁰ Familiar: \$5,000 ¹⁰	Individual: \$5,000 ¹⁰ Familiar: \$10,000 ¹⁰
GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO Integrado	Individual: \$8,750 ^{10, 11} Familiar: \$17,500 ^{10, 11}	Individual: \$17,500 ^{10, 11} Familiar: \$35,000 ^{10, 11}
EN EL CONSULTORIO MÉDICO Consultas de atención primaria	\$55	40 % (después del deducible del plan)
Consultas de atención de urgencia	\$55	40 % (después del deducible del plan)
Visitas al consultorio de atención especializada	\$90	40 % (después del deducible del plan)
Exámenes preventivos, vacunas	\$0 ¹²	40 % ¹²
Atención prenatal	\$0 ^{3, 13, 14}	40 % ^{3, 13, 14}
Atención posparto	\$0 ³	40 % ³
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 % (después del deducible del plan) ¹⁵	Sin cobertura
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla	\$55	40 % (después del deducible del plan)
La mayoría de los análisis de laboratorio	\$55	40 % (después del deducible del plan)
La mayoría de las radiografías y pruebas de diagnóstico	\$90	40 % (después del deducible del plan)
La mayoría de las resonancias magnéticas y tomografías computarizadas o por emisión de positrones	\$300 (después del deducible del plan)	40 % (después del deducible del plan)
Cirugía para pacientes ambulatorios (por procedimiento)	35 % (después del deducible del plan)	50 % (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)	30 % (después del deducible del plan)	30 % (después del deducible del plan)
Ambulancia	30 % (después del deducible del plan)	30 % (después del deducible del plan)
MEDICAMENTOS Medicamentos genéricos (suministro de hasta 30 días)	\$19 ^{18, 19}	
Medicamentos de marca (suministro de hasta 30 días)	\$85 (después del deducible de \$300 para medicamentos) ^{18, 19}	
Medicamentos especializados (suministro de hasta 30 días)	30 % por receta médica hasta un máximo de \$250 (después del deducible de \$300 para medicamentos) ¹⁹	
ATENCIÓN PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Servicios de médicos, habitación y comidas, exámenes, medicamentos, suministros, terapias, servicios para partos	40 % (después del deducible del plan)	50 % (después del deducible del plan)
Atención en un centro de enfermería especializada (hasta 100 días por periodo de beneficios)	40 % (después del deducible del plan)	50 % (después del deducible del plan)
SERVICIOS DE SALUD MENTAL Paciente ambulatorio (en el consultorio médico)	\$55	40 % (después del deducible del plan)
Paciente hospitalizado (en el hospital)	40 % (después del deducible del plan)	50 % (después del deducible del plan)
SERVICIOS PARA TRATAR TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS Paciente ambulatorio (en el consultorio médico)	\$55	40 % (después del deducible del plan)
Paciente hospitalizado (solo desintoxicación)	40 % (después del deducible del plan)	50 % (después del deducible del plan)
OTROS Teleconsultas	\$0	\$0
Acupuntura	\$55 por consulta	40 % por consulta (después del deducible del plan)
Determinado equipo médico duradero (DME) (suplementario y básico)	40 % ^{21, 22}	40 % (después del deducible del plan) ^{21, 22}
Determinados dispositivos protésicos y ortésicos	30 %	40 % (después del deducible del plan)
Óptica pediátrica (artículos para la vista)	1 par de anteojos o lentes de contacto por año ⁷	20 % (después del deducible del plan) ⁷
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)	\$45 ²⁵	40 % (después del deducible del plan) ²⁵
Cuidados paliativos	\$0	40 % (después del deducible del plan)

Consulte las notas al pie para los planes en la página 17.

Consulte los beneficios de atención dental pediátrica en la página 18.

Planes de seguro Bronze PPO de KPIC

Fechas de vigencia: del 1/1/23 al 1/12/23

Características de los Planes

	Bronze 60 PPO 6300/65 + Child Dental	
CARACTERÍSTICAS	Nivel de Proveedores Participantes (dentro de la red) ⁹	Nivel de Proveedores No Participantes (que no pertenecen a la red) ⁹
DEDUCIBLE DEL PLAN Integrado	Individual: \$6,300 ¹⁰ Familiar: \$12,600 ¹⁰	Individual: \$12,600 ¹⁰ Familiar: \$25,200 ¹⁰
GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO Integrado	Individual: \$8,200 ^{10, 11} Familiar: \$16,400 ^{10, 11}	Individual: \$16,400 ^{10, 11} Familiar: \$32,800 ^{10, 11}
EN EL CONSULTORIO MÉDICO Consultas de atención primaria	\$65 (después del deducible del plan) ²	100 % (hasta alcanzar el gasto máximo de bolsillo) ²⁰
Consultas de atención de urgencia	\$65 (después del deducible del plan) ²	100 % (hasta alcanzar el gasto máximo de bolsillo) ²⁰
Visitas al consultorio de atención especializada	\$95 (después del deducible del plan) ²	100 % (hasta alcanzar el gasto máximo de bolsillo) ²⁰
Exámenes preventivos, vacunas	\$0 ¹²	40 % ¹²
Atención prenatal	\$0 ^{3, 13, 14}	40 % ^{3, 13, 14}
Atención posparto	\$0 ³	40 % ³
Consultas de atención preventiva para el bienestar infantil	\$0	40 %
Inyecciones para las alergias	40 % por consulta	100 % por consulta (hasta alcanzar el gasto máximo de bolsillo) ²⁰
Servicios de fertilidad	40 % (después del deducible del plan) ¹⁵	Sin cobertura
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla	\$65	100 % (hasta alcanzar el gasto máximo de bolsillo) ²⁰
La mayoría de los análisis de laboratorio	\$40	100 % (hasta alcanzar el gasto máximo de bolsillo) ²⁰
La mayoría de las radiografías y pruebas de diagnóstico	40 % (después del deducible del plan)	100 % (hasta alcanzar el gasto máximo de bolsillo) ²⁰
La mayoría de las resonancias magnéticas y tomografías computarizadas o por emisión de positrones	40 % (después del deducible del plan)	100 % (hasta alcanzar el gasto máximo de bolsillo) ²⁰
Cirugía para pacientes ambulatorios (por procedimiento)	40 % (después del deducible del plan)	100 % (hasta alcanzar el gasto máximo de bolsillo) ²⁰
SERVICIOS DE EMERGENCIA Consultas en el Departamento de Emergencias (el cargo no se exige si es admitido directamente al hospital)	40 % (después del deducible del plan)	40 % (hasta alcanzar el gasto máximo de bolsillo) ²⁰
Ambulancia	40 % (después del deducible del plan)	40 % (hasta alcanzar el gasto máximo de bolsillo) ²⁰
MEDICAMENTOS Medicamentos genéricos (suministro de hasta 30 días)	\$18 (después del deducible de \$500 para medicamentos) ^{18, 19}	
Medicamentos de marca (suministro de hasta 30 días)	40 % por receta médica hasta un máximo de \$500 (después del deducible de \$500 para medicamentos) ^{18, 19}	
Medicamentos especializados (suministro de hasta 30 días)	40 % por receta médica hasta un máximo de \$500 (después del deducible de \$500 para medicamentos) ¹⁹	
ATENCIÓN PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Servicios de médicos, habitación y comidas, exámenes, medicamentos, suministros, terapias, servicios para partos	40 % (después del deducible del plan)	100 % (hasta alcanzar el gasto máximo de bolsillo) ²⁰
Atención en un centro de enfermería especializada (hasta 100 días por periodo de beneficios)	40 % (después del deducible del plan)	100 % (hasta alcanzar el gasto máximo de bolsillo) ²⁰
SERVICIOS DE SALUD MENTAL Paciente ambulatorio (en el consultorio médico)	\$65 (después del deducible del plan) ²	100 % (hasta alcanzar el gasto máximo de bolsillo) ²⁰
Paciente hospitalizado (en el hospital)	40 % (después del deducible del plan)	100 % (hasta alcanzar el gasto máximo de bolsillo) ²⁰
SERVICIOS PARA TRATAR TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS Paciente ambulatorio (en el consultorio médico)	\$65 (después del deducible del plan) ²	100 % (hasta alcanzar el gasto máximo de bolsillo) ²⁰
Paciente hospitalizado (solo desintoxicación)	40 % (después del deducible del plan)	100 % (hasta alcanzar el gasto máximo de bolsillo) ²⁰
OTROS Teleconsultas	\$0	\$0
Acupuntura	\$65 por consulta (después del deducible del plan)	100 % por consulta (hasta alcanzar el gasto máximo de bolsillo) ²⁰
Determinado equipo médico duradero (DME) (suplementario y básico)	40 % (después del deducible del plan) ^{21, 22}	100 % (hasta alcanzar el gasto máximo de bolsillo) ^{20, 21, 22}
Determinados dispositivos protésicos y ortésicos	40 % (después del deducible del plan)	100 % (hasta alcanzar el gasto máximo de bolsillo) ²⁰
Óptica pediátrica (artículos para la vista)	1 par de anteojos o lentes de contacto por año ⁷	100 % (hasta alcanzar el gasto máximo de bolsillo) ^{7, 20}
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)	40 % (después del deducible del plan)	100 % (hasta alcanzar el gasto máximo de bolsillo) ^{20, 25}
Cuidados paliativos	\$0	100 % (hasta alcanzar el gasto máximo de bolsillo) ²⁰

Consulte las notas al pie para los planes en la página 17.

Consulte los beneficios de atención dental pediátrica en la página 18.

Notas al pie para planes

Los montos de los costos compartidos para todos los servicios dentro de la red se acumulan para alcanzar el gasto máximo de bolsillo.

Los servicios preventivos están disponibles sin costo compartido, excepto los que brinden los proveedores no participantes. Consulte la lista completa de servicios preventivos en la *Evidencia de Cobertura*, en el *Certificado de Seguro* o en account.kp.org (en inglés).

Los planes de Kaiser Permanente no incluyen una cláusula relativa a los problemas de salud que tenía desde antes de solicitar seguro médico.

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

² El deducible no se aplica durante las primeras 3 consultas combinadas para servicios de atención primaria no preventiva, atención especializada, atención de otro profesional médico, atención de urgencia y servicios ambulatorios para salud mental y trastornos por uso de sustancias.

³ Consultas prenatales programadas y consultas posparto.

⁴ Consultas prenatales programadas.

⁵ Se cubre el equipo médico duradero (DME) básico y suplementario. El DME suplementario se limita a un beneficio máximo combinado de \$2,000 por año para los servicios.

⁶ Consulte la *Evidencia de Cobertura* para obtener información sobre lo que está incluido en sus beneficios de DME.

⁷ Para menores de 19 años de edad. 1 par de anteojos de una selección limitada.

⁸ 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 (en inglés) para conocer las ubicaciones de los centros ópticos de Kaiser Permanente.

⁹ Los pagos se basan en el cargo admisible máximo para los 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 que el proveedor facture. Las personas con cobertura podrían tener que pagar cualquier monto que supere el cargo admisible máximo por un servicio cubierto.

¹⁰ Este plan tiene un deducible integrado y un gasto máximo de bolsillo. 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. Los familiares no deben cumplir individualmente con el costo compartido cuando alcanzan su propio gasto máximo de bolsillo individual o cuando se alcanza el gasto máximo de bolsillo de la familia.

¹¹ Los cargos cubiertos en los que se incurrió para alcanzar el gasto máximo de bolsillo en el nivel de los proveedores no participantes no se acumularán para llegar al gasto máximo de bolsillo en el nivel de los 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*.

¹² Los análisis de laboratorio, las radiografías y las vacunas con fines preventivos se cubren como parte del examen preventivo.

¹³ Las visitas rutinarias de atención prenatal en el consultorio 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, los latidos cardíacos fetales y los análisis bioquímicos de orina de rutina.

¹⁴ Los servicios para el parto y la atención hospitalaria destinados a la madre y el bebé tienen cobertura en el 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.

¹⁵ Los beneficios que se pagarán por el tratamiento de la infertilidad están limitados a \$1,000 por año para los servicios que presten los proveedores participantes. El tratamiento de la infertilidad incluye la transferencia intratubárica de gametos. La fertilización *in vitro* no está cubierta. Los beneficios pagaderos por el diagnóstico de la infertilidad tendrán la misma cobertura que se proporciona para cualquier otra enfermedad.

¹⁶ Solo la primera consulta posparto se cubre sin cargo.

¹⁷ Los beneficios para el tratamiento de la fertilidad se pueden agregar a este plan por un costo adicional. Para obtener más información, comuníquese con su corredor de seguros o representante de Kaiser Permanente.

¹⁸ 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.

¹⁹ Su plan tiene una lista de medicamentos disponibles; sin embargo, es posible que algunos estén excluidos de la cobertura. Consulte su *Certificado de Seguro* de KPIC para ver una lista completa de las limitaciones y exclusiones. Independientemente de cuál sea el proveedor, 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.

²⁰ Aun cuando se alcance el deducible, el miembro seguirá pagando un coseguro del 100 % para determinados beneficios hasta alcanzar el gasto máximo de bolsillo. Una vez que se alcanza el gasto máximo de bolsillo, los servicios cubiertos se ofrecen sin cargo.

²¹ Tienen cobertura los equipos médicos duraderos (*durable medical equipment*, DME) básicos y suplementarios. 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.

²² 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.

²³ Consultas de bienestar infantil hasta los 23 meses.

²⁴ Los medicamentos tienen cobertura de acuerdo con la lista de medicamentos cubiertos cuando los receta un médico del plan y se obtienen en farmacias del plan. Algunos medicamentos tienen copagos diferentes. Para obtener información sobre nuestra lista de medicamentos cubiertos disponibles, incluidos los medicamentos especializados, ingrese a kp.org/formulary (haga clic en "Español") o llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros.

²⁵ El límite no se aplica a las consultas a domicilio con fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y del habla.

²⁶ Después de 5 días seguidos, la hospitalización tiene cobertura sin cargo.

²⁷ Cobertura suplementaria: \$2,000 de límite de beneficios por año (después del deducible del plan).

²⁸ Este plan tiene un gasto máximo de bolsillo integrado. Los familiares no deben cumplir individualmente con el costo compartido cuando alcanzan su propio gasto máximo de bolsillo individual o cuando se alcanza el gasto máximo de bolsillo de la familia.

²⁹ El gasto máximo de bolsillo es el monto máximo que un individuo o una familia pagará en un año por todos los servicios cubiertos.

³⁰ Los grupos que elijan el plan HMO Gold HRA 2250/35 con deducible y HRA tienen que establecer y financiar un HRA para cada empleado inscrito. Los límites de financiamiento permitidos varían de \$100 a \$400 por empleado. Si el grupo cubre dependientes, los límites de financiamiento permitidos por familia varían de \$200 a \$800.

³¹ Asignación para el costo de lentes de anteojos, armazones de anteojos, y la adaptación y entrega de lentes de contacto cada 24 meses.

³² Solamente usted: una familia de 1 integrante.
Individual: cada integrante de una familia de 2 o más personas.
Familiar: toda una familia de 2 o más integrantes.

³³ Para los miembros del plan HDHP HMO que admite HSA, todas las consultas de telemedicina programadas para atención no preventiva (por teléfono y video).



Beneficios de atención dental pediátrica

Los servicios de atención dental pediátrica son uno de los beneficios de salud esenciales de prestación obligatoria que se ofrecen con los planes médicos de nivel metal de la ACA. Cuando los empleados y sus dependientes se inscriban en los planes médicos de HMO que usted eligió, también los inscribiremos en un beneficio de atención dental pediátrica independiente suscrito por Delta Dental of California. Los beneficios de atención dental pediátrica para los miembros de los planes de HMO se proporcionan a través de la red DeltaCare® USA. Los beneficios de atención dental pediátrica para los miembros de los planes de PPO se proporcionan a través de la red Delta Dental PPO.

	Beneficios de atención dental pediátrica en los planes de HMO	Beneficios de atención dental pediátrica en los planes de seguro de PPO ¹
SERVICIOS	El miembro paga	El miembro paga
DEDUCIBLE	\$0	\$0
GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO	\$350/niño \$700/más de un niño	\$0 ²
PERIODO DE ESPERA	Ninguno	Ninguno
VISITA AL CONSULTORIO	\$0	\$0
SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO Y PREVENTIVOS		
Evaluación bucal periódica y completa	\$0	\$0
Radiografías de mordida	\$0	\$0
Limpieza profiláctica	\$0	\$0
Tratamientos con fluoruro	\$0	\$0
Mantenedores de espacio	\$0	\$0
Reparación con sellador	\$0	\$0
PERIODONCIA		
Mantenimiento	\$30	50 %
Eliminación de sarro y alisado radicular	\$30	50 %
Cirugía: ósea (incluida la inserción y el cierre del colgajo)	\$265	50 %
RESTAURACIÓN		
Empastes: amalgama primaria o permanente	\$25	20 %
Coronas de empaste compuesto: a base de resina, una superficie, dientes anteriores	\$30	20 %
Corona: porcelana	\$300	20 %
ENDODONCIA		
Pulpotomía terapéutica	\$40	50 %
Tratamiento de endodoncia: dientes anteriores	\$195	50 %
Tratamiento de endodoncia: molares	\$300	50 %
PROSTODONCIA		
Dentadura postiza completa	\$300	50 %
Rebasado de una dentadura postiza maxilar en el consultorio del dentista. Las limitaciones son "Parciales".	\$60	50 %
Rebasado de una dentadura postiza maxilar en el laboratorio. Las limitaciones son "Parciales".	\$90	50 %
CIRUGÍA BUCAL Y MAXILOFACIAL		
Extracción de diente erupcionado o de raíz expuesta	\$65	50 %
Extirpación quirúrgica de diente erupcionado	\$120	50 %
ORTODONCIA (MÉDICAMENTE NECESARIA)	\$350 ³	50 %

¹ Los beneficios dentales para niños están integrados en todos los planes médicos de PPO de nivel metal.

² No hay un gasto máximo de bolsillo independiente para los beneficios de atención dental pediátrica, se aplica al gasto máximo de bolsillo médico.

³ Solo incluye la ortodoncia médicamente necesaria.

Planes suplementarios de atención dental familiar

Delta Dental of California, uno de los proveedores de beneficios de atención dental más grandes y con más experiencia del país, administra estos planes. En las siguientes páginas, se incluye una variedad de planes de atención dental, que se pueden combinar con cualquiera de nuestros planes médicos para tener mayor flexibilidad y acceso.



Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC)

Planes dentales de pago por servicio (Premier)

Fechas de vigencia: del 1/1/23 al 1/12/23

Estos planes de seguro de atención dental están suscritos por Kaiser Permanente Insurance Company, una subsidiaria de Kaiser Foundation Health Plan, Inc., y son administrados por Delta Dental of California. Los siguientes planes no tienen el objetivo de satisfacer los requisitos de la ACA para beneficios de atención dental pediátrica.

	PLAN C	PLAN D	PLAN E	PLAN E CON ORTOD.
SERVICIO	El plan paga*	El plan paga*	El plan paga*	El plan paga*
NO SE APLICA NINGÚN DEDUCIBLE A ESTOS PROCEDIMIENTOS.				
EXAMEN: dos veces al año	100 %	100 %	100 %	100 %
RADIOGRAFÍAS DE MORDIDA: dos veces al año Para menores de hasta 18 años o una vez al año para los adultos a partir de los 19 años	100 %	100 %	100 %	100 %
OTRAS RADIOGRAFÍAS Radiografías de toda la boca, radiografías individuales y radiografías panorámicas una vez por periodo de 5 años	80 %	80 %	80 %	80 %
LIMPIEZA PROFILÁCTICA Una limpieza dos veces al año que elimine la placa, los cálculos (placa mineralizada) y las manchas para ayudar a prevenir enfermedades dentales	100 %	100 %	100 %	100 %
FLUORURO Solo para menores de hasta 18 años, dos veces al año	100 %	100 %	100 %	100 %
MANTENEDORES DE ESPACIO	100 %	100 %	100 %	100 %
SE APLICAN DEDUCIBLES A LOS PROCEDIMIENTOS EN LOS PLANES D, E Y E CON ORTODONCIA.				
DEDUCIBLE Por persona, por año, hasta un máximo familiar de \$75 por año	Sin deducible	\$25	\$25	\$25
BENEFICIO MÁXIMO El beneficio máximo representa el monto anual total que el plan paga por persona.	\$500	\$1,000	\$1,000	\$1,000
IMPLANTES DENTALES	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
REBASADOS DE DENTADURA POSTIZA: dos veces al año	Sin cobertura	80 %	80 %	80 %
EMPASTES	80 %	80 %	80 %	80 %
CORONAS DE ACERO INOXIDABLE Dientes primarios únicamente	80 %	80 %	80 %	80 %
ENDODONCIA Una especialidad dental para el tratamiento de la raíz y el nervio del diente	Sin cobertura	80 %	80 %	80 %
PERIODONCIA Una especialidad dental para el tratamiento de las encías, el tejido y el hueso que sostiene los dientes	Sin cobertura	80 %	80 %	80 %
CIRUGÍA BUCAL	Sin cobertura	80 %	80 %	80 %
RESTAURACIONES DE CORONAS Y PRÓTESIS Incluye reemplazos después de 5 años, pero solo si originalmente tenía cobertura en el plan de atención dental de KPIC	Sin cobertura	Sin cobertura	50 %	50 %
PROSTODONCIA Aparato protésico extraíble estándar (incluye reemplazos después de cinco años, pero solo si originalmente tenía cobertura en el plan de atención dental de KPIC)	Sin cobertura	Sin cobertura	50 %	50 %
ORTODONCIA Para niños dependientes elegibles hasta los 18 años, máximo de \$1,500 de por vida por asegurado (el reemplazo o reparación de un aparato de ortodoncia pagado parcial o totalmente por este plan no está cubierto)	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	50 %

* Los beneficios pagaderos se basarán en los costos más bajos prevalecientes o en el monto presentado.

Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC)

Planes dentales de PPO

Fechas de vigencia: del 1/1/23 al 1/12/23

Estos planes de seguro de atención dental están suscritos por Kaiser Permanente Insurance Company, una subsidiaria de Kaiser Foundation Health Plan, Inc., y son administrados por Delta Dental of California. Los siguientes planes no tienen el objetivo de satisfacer los requisitos de la ACA para beneficios de atención dental pediátrica.

SERVICIO	PPO AG 1500		PPO AH 2000		PPO D 1500		PPO E 1000		PPO E 1500	
	El plan paga ¹ (en la red de PPO)	El plan paga ^{1,2} (fuera de la red)	El plan paga ¹ (en la Red de PPO)	El plan paga ^{1,2} (fuera de la red)	El plan paga (en la red de PPO + Premier)	El plan paga ² (fuera de la red)	El plan paga (en la red de PPO + Premier)	El plan paga ² (fuera de la red)	El plan paga (en la red de PPO + Premier)	El plan paga ² (fuera de la red)
NO SE APLICA NINGÚN DEDUCIBLE A ESTOS PROCEDIMIENTOS.										
EXAMEN: dos veces al año	100 %	90 %	100 %	90 %	100 %	50 %	100 %	50 %	100 %	50 %
RADIOGRAFÍAS DE MORDIDA: dos veces al año Para menores de hasta 18 años o una vez al año para los adultos a partir de los 19 años	100 %	90 %	100 %	90 %	100 %	50 %	100 %	50 %	100 %	50 %
OTRAS RADIOGRAFÍAS Radiografías de toda la boca, radiografías individuales y radiografías panorámicas una vez por periodo de 5 años	80 %	70 %	80 %	70 %	80 %	50 %	80 %	50 %	80 %	50 %
LIMPIEZA profiláctica Una limpieza dos veces al año para eliminar la placa, los cálculos (placa mineralizada) y las manchas para ayudar a prevenir enfermedades dentales	100 %	90 %	100 %	90 %	100 %	50 %	100 %	50 %	100 %	50 %
FLUORURO Solo para menores de hasta 18 años, dos veces al año	100 %	90 %	100 %	90 %	100 %	50 %	100 %	50 %	100 %	50 %
MANTENEDORES DE ESPACIO	100 %	90 %	100 %	90 %	100 %	50 %	100 %	50 %	100 %	50 %
SE APLICAN DEDUCIBLES A LOS PROCEDIMIENTOS SIGUIENTES.										
DEDUCIBLE	\$50	\$50	\$50	\$50	\$25	\$50	\$25	\$50	\$25	\$50
BENEFICIO MÁXIMO El beneficio máximo representa el monto anual total que el plan paga por persona.	\$1,500		\$2,000		\$1,500		\$1,000		\$1,500	
IMPLANTES DENTALES	Sin cobertura	Sin cobertura	50 %	50 %	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
REBASADOS DE DENTADURA POSTIZA: dos veces al año	80 %	70 %	80 %	70 %	80 %	50 %	80 %	50 %	80 %	50 %
EMPASTES	80 %	70 %	80 %	70 %	80 %	50 %	80 %	50 %	80 %	50 %
CORONAS DE ACERO INOXIDABLE: dientes primarios únicamente	80 %	70 %	80 %	70 %	80 %	50 %	80 %	50 %	80 %	50 %
ENDODONCIA Una especialidad dental para el tratamiento de la raíz y el nervio del diente	80 %	70 %	80 %	70 %	80 %	50 %	80 %	50 %	80 %	50 %
PERIODONCIA Una especialidad dental para el tratamiento de las encías, el tejido y el hueso que sostiene los dientes	80 %	70 %	80 %	70 %	80 %	50 %	80 %	50 %	80 %	50 %
CIRUGÍA BUCAL	80 %	70 %	80 %	70 %	80 %	50 %	80 %	50 %	80 %	50 %
RESTAURACIONES DE CORONAS Y PRÓTESIS Incluye reemplazos después de 5 años, pero solo si originalmente tenía cobertura en el plan de atención dental de KPIC	50 %	50 %	50 %	50 %	Sin cobertura	Sin cobertura	50 %	50 %	50 %	50 %
PROSTODONCIA Aparato protésico extraíble estándar (incluye reemplazos después de cinco años, pero solo si originalmente estaba cubierto en el plan de atención dental de KPIC).	50 %	50 %	50 %	50 %	Sin cobertura	Sin cobertura	50 %	50 %	50 %	50 %
ORTODONCIA Para menores dependientes elegibles hasta los 18 años, máximo de \$1,500 de por vida por asegurado (el reemplazo o la reparación de un aparato de ortodoncia pagado parcial o totalmente por este plan no está cubierto).	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura

¹ El reembolso para todos los dentistas se basará en el costo de PPO del proveedor.

² Los beneficios pagaderos se basarán en los costos más bajos prevalecientes o en el monto presentado.

Planes de atención dental DeltaCare HMO

Fechas de vigencia: del 1/1/23 al 1/12/23

DeltaCare USA está suscrito y es administrado por Delta Dental of California. Los siguientes planes no tienen el objetivo de satisfacer los requisitos de la ACA para beneficios de atención dental pediátrica.

SERVICIOS	DELTACARE 10A El miembro paga	DELTACARE 13B El miembro paga
ATENCIÓN PREVENTIVA: dos veces al año Evaluación bucal periódica y completa	Sin costo	Sin costo
Radiografías de mordida: dos veces al año Para menores de hasta 18 años o una vez al año para los adultos a partir de los 19 años	Sin costo	Sin costo
Profilaxis: dos veces al año	Sin costo	Sin costo
Tratamientos con fluoruro Solo para menores de hasta 19 años, dos veces al año	Sin costo	Sin costo
Mantenedores de espacio Extraíbles, unilaterales	\$10	\$50
PERIODONCIA: dos veces al año Mantenimiento	Sin costo	\$35
Eliminación de sarro y alisado radicular Límite de cuatro cuadrantes por año	Sin costo	\$50
Cirugía: ósea (incluida la inserción y el cierre del colgajo) 4 o más dientes por cuadrante	\$175	\$300
SERVICIOS DE RESTAURACIÓN: 4 o más superficies Empastes: amalgama primaria o permanente	Sin costo	Sin costo
Coronas de empaste compuesto: a base de resina Anteriores	Sin costo	\$55
Corona de porcelana	\$195	\$355
Incrustaciones metálicas 1 superficie	Sin costo	\$145
ENDODONCIA Pulpotomía terapéutica No incluye la restauración final	Sin costo	\$25
Extracción de raíz: por raíz	Sin costo	\$70
Endodoncia, anteriores No incluye la restauración final	\$45	\$95
Endodoncia, molares No incluye la restauración final	\$205	\$335
PROSTODONCIA: dentadura postiza completa La elegibilidad del inscrito debe estar vigente y el servicio tiene que proporcionarse en el centro de atención del dentista contratado en el que originalmente se entregó la dentadura postiza.	\$100	\$285
Rebasado de una dentadura postiza maxilar o mandibular, en el consultorio del dentista Completo o parcial	Sin costo	\$50
Rebasado de una dentadura postiza maxilar o mandibular, en el laboratorio Completo o parcial	\$35	\$85
CIRUGÍA BUCAL Y MAXILOFACIAL Extracción de diente erupcionado o de raíz expuesta Extracción con fórceps o por elevación	Sin costo	\$5
Extirpación quirúrgica de diente erupcionado Completa o parcial	\$15	\$45
ORTODONCIA Ortodoncia completa Menores de hasta 19 años	\$1,700	\$1,900
Ortodoncia completa Adultos, incluidos los hijos adultos dependientes con cobertura	\$1,900	\$2,100

Los beneficios enumerados arriba son solo una muestra de los servicios proporcionados y los costos asociados. Los costos variarán. Consulte la lista completa de todos los servicios y costos en la *Evidencia de Cobertura*. Los beneficios de DeltaCare solo están cubiertos cuando los proporciona un proveedor de la red de California DeltaCare HMO. En California, DeltaCare USA está suscrito y es administrado por Delta Dental of California.



A REGISTERED MARK OF DELTA DENTAL PLANS ASSOCIATION



Exclusiones para los planes de atención dental de PPO de KPIC y de Pago por Servicio de KPIC (Premier)

Los planes de seguro de atención dental de PPO y de pago por servicio (Premier) de KPIC no tienen el objetivo de satisfacer los requisitos de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA) para beneficios de atención dental pediátrica.

Los siguientes servicios no están cubiertos por ninguno de los planes de seguro de atención dental del grupo de Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC):

- cirugía estética, odontología o servicios para corregir malformaciones hereditarias, congénitas o del desarrollo;
- restauración de la estructura del diente, coronas o prótesis, o restauración de superficies de mordida en caso de daños por desgaste;
- servicios o procedimientos prostodónticos iniciados antes de la fecha de elegibilidad de una persona;
- medicamentos, analgésicos, agentes antimicrobianos o procedimientos experimentales o de investigación;
- anestesia (excepto anestesia general para cirugía oral);
- servicios para implantes (aparatos protésicos instalados en o sobre el hueso de la mandíbula superior o inferior para retener o sostener una prótesis dental), su extracción u otros procedimientos asociados (no se aplica al plan PPO AH 2000);
- tratamiento relacionado con la articulación temporomandibular (*temporomandibular joint*, TMJ);
- tratamiento de ortodoncia, excepto para hijos dependientes elegibles según el Plan E con Ortodoncia;
- planes de tratamiento con servicios de mayor nivel que los que se proporcionan habitualmente según la práctica dental aceptada o uso de técnicas especializadas en lugar de procedimientos estándares; por ejemplo, una dentadura postiza de precisión cuando una estándar sería suficiente;
- reemplazo de una restauración existente para cualquier fin que no sea una carie dental activa;
- sedación intravenosa, protectores oclusales o ajuste oclusal completo.

Se recomienda la determinación previa de beneficios para los servicios que superen los \$300. Este documento no es una descripción resumida del plan ni está diseñado para usarse como *Certificado de Seguro* o *Programa de Cobertura*. Solamente incluye un resumen de los beneficios, las exclusiones y las limitaciones.

Si tiene preguntas específicas sobre la estructura de los beneficios, las limitaciones o las exclusiones, consulte el *Certificado de Seguro* y el *Programa de Cobertura* o comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente de Delta Dental al **800-835-2244**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Para obtener una lista de los proveedores de la red, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente de Delta Dental o visite es.deltadentalins.com.

Este plan de seguro de atención dental está suscrito por Kaiser Permanente Insurance Company, una subsidiaria de Kaiser Foundation Health Plan, Inc. y es administrado por Delta Dental of California.

Exclusiones a los beneficios de los planes dentales DeltaCare HMO

Los planes DeltaCare HMO no tienen el objetivo de satisfacer los requisitos de la ACA para beneficios de atención dental pediátrica.

- El plan de atención dental DeltaCare HMO no está disponible para los empleados inscritos en un plan médico de PPO que no vivan en California.
- Cualquier procedimiento para el que, desde el punto de vista profesional del dentista contratado:
 - no se pueda pronosticar un resultado satisfactorio y una duración razonable debido al estado del diente o de los dientes, o de las estructuras cercanas, o
 - no se sigan las normas de odontología generalmente aceptadas.
- Servicios que solo tengan fines estéticos, a excepción del procedimiento D9972 (blanqueamiento externo, por arco), o los servicios para enfermedades que hayan sido consecuencia de algún defecto hereditario o del desarrollo, como el paladar hendido, las malformaciones de la mandíbula superior o inferior, la falta de dientes por razones congénitas y dientes descoloridos o con falta de esmalte, excepto el tratamiento de recién nacidos con defectos congénitos o anomalías de nacimiento.
- Coronas de porcelana, porcelana fundida con metal, coronas de metal o de resina con metal, y dentaduras postizas parciales fijas (puentes) para personas de menos de 16 años.
- Aparatos perdidos o robados, incluidos, entre otros, las dentaduras postizas parciales o completas, los mantenedores de espacio, las coronas y las dentaduras postizas parciales fijas (puentes).
- Procedimientos, aparatos o restauraciones, si el fin es cambiar la dimensión vertical, o diagnosticar o tratar afecciones anormales de la articulación temporomandibular (*temporomandibular joint*, TMJ).
- Metales preciosos para aparatos extraíbles, bases blandas metálicas o permanentes para dentaduras postizas completas, dientes de dentaduras postizas de porcelana, pilares de precisión para dentaduras postizas parciales fijas o extraíbles (revestimientos, implantes y aparatos relacionados con estos), y personalización y caracterización de dentaduras postizas completas y parciales.
- Aparatos y accesorios dentales sostenidos por implantes; colocación, mantenimiento o extracción de implantes, y todos los demás servicios relacionados con implantes dentales.
- Consultas para beneficios no cubiertos.
- Servicios de atención dental suministrados por cualquier centro de odontología que no sea el del dentista contratado asignado, un especialista dental previamente autorizado o un ortodoncista contratado, excepto los servicios de emergencia, tal como se describen en el contrato o la *Evidencia de Cobertura*.
- Todas las tarifas relacionadas con servicios de hospitalización, uso o estancia en un hospital, un centro de cirugías ambulatorias, un centro de atención ampliado u otro centro de atención similar.
- Medicamentos recetados.
- Gastos dentales incurridos debido a algún procedimiento de ortodoncia o dental iniciado antes de que la persona inscrita sea elegible para el programa DeltaCare USA. Los ejemplos son, entre otros, preparación de dientes para coronas, tratamientos de endodoncia activos, dentaduras postizas parciales o completas para las que se realiza una impresión, y servicios de ortodoncia, a menos que se reúnan los requisitos de la cláusula de tratamientos de ortodoncia activos.
- Aparatos de ortodoncia perdidos, robados o rotos.
- Cambios en el tratamiento de ortodoncia que se necesiten por un accidente de cualquier tipo.
- Aparatos o terapias miofuncionales y parafuncionales.
- Aparatos de cerámica o resina compuesta, adaptación lingual de bandas de ortodoncia y otras alternativas especializadas o estéticas en lugar de aparatos de ortodoncia estándar, fijos y extraíbles.
- Tratamientos o aparatos proporcionados por un dentista que se especializa en servicios de prostodoncia.

Para obtener más información sobre los beneficios o el directorio de dentistas de Delta, llame a Delta Dental al 800-422-4234 o visite es.deltadentalins.com.



A REGISTERED MARK OF DELTA DENTAL PLANS ASSOCIATION





Servicios quiroprácticos y de acupuntura*

American Specialty Health Plans of California, Inc® (ASH Plans) administra los servicios.

CARACTERÍSTICAS	
Copago por visita al consultorio	\$15 por consulta
Límite de visitas al consultorio	20 consultas combinadas por año
Beneficio para aparatos quiroprácticos	Se suministran aparatos quiroprácticos por un valor de hasta \$50 por año, cuando los recete y proporcione un quiropráctico participante de ASH Plans, como parte de su atención quiropráctica.
Radiografías y análisis de laboratorio	\$0

Servicios

Los servicios quiroprácticos necesarios desde el punto de vista médico están cubiertos cuando los presta un proveedor participante para tratar o diagnosticar trastornos musculoesqueléticos y condiciones relacionadas. Los servicios de acupuntura necesarios desde el punto de vista médico están cubiertos cuando los presta un acupunturista participante para tratar o diagnosticar trastornos musculoesqueléticos y condiciones relacionadas, náuseas o dolor. **Puede recibir servicios de cualquier quiropráctico y acupunturista participante de ASH Plans sin una referencia de un médico del plan de Kaiser Permanente.**

Visitas al consultorio: Solo se cubren los servicios quiroprácticos y de acupuntura necesarios desde el punto de vista médico autorizados y prestados por proveedores participantes de ASH, excepto en el caso del examen inicial, los servicios quiroprácticos y de acupuntura de emergencia y de urgencia, y los servicios que no estén disponibles a través de proveedores participantes de ASH o de otros proveedores con licencia contratados por ASH para brindar la atención cubierta. **Usted puede hacerse un examen inicial a través de cualquier proveedor participante de ASH sin referencia de un médico del plan de Kaiser Permanente.** Cada visita al consultorio cuenta para cualquier límite de consultas, si corresponde.

Radiografías y análisis de laboratorio. Las radiografías y los análisis de laboratorio médicamente necesarios están cubiertos sin cargo cuando se recetan como parte de la atención quiropráctica cubierta y un proveedor participante de ASH presta los servicios o lo refiere a otro proveedor con licencia contratado por ASH para prestar los servicios.

Servicios de emergencia. Servicios quiroprácticos cubiertos prestados para el tratamiento de un trastorno musculoesquelético y trastorno relacionado que ocasiona síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido el dolor intenso) que podrían poner en grave riesgo su salud, sus funciones corporales o los órganos del cuerpo si no recibiera servicios quiroprácticos inmediatos.

Servicios de acupuntura cubiertos prestados para el tratamiento de un trastorno musculoesquelético y trastorno relacionado, náuseas o dolor que ocasiona síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido el dolor intenso) que ponen en grave riesgo su salud, sus funciones corporales o los órganos del cuerpo si no recibe servicios de acupuntura inmediatos.

Quiroprácticos y acupunturistas participantes

ASH Plans contrata a proveedores participantes de ASH y a otros proveedores con licencia para prestar los servicios quiroprácticos y de acupuntura cubiertos. Usted debe recibir estos servicios de un proveedor participante de ASH o de otro proveedor con licencia contratado por ASH, excepto para servicios quiroprácticos de emergencia, servicios de acupuntura de emergencia, servicios quiroprácticos de urgencia, servicios de acupuntura de urgencia, servicios que no estén disponibles a través de los proveedores contratados y servicios que ASH Plans autoriza con antelación. Para obtener la lista de los proveedores participantes de ASH, visite el sitio web de ASH Plans en ashlink.com/ash/kaisercamedicare para miembros de Kaiser Permanente Senior Advantage o en ashlink.com/ash/kp para los demás miembros, o bien llame al Departamento de Servicio al Cliente de ASH Plans al **800-678-9133 (TTY 711)**. La lista de proveedores participantes de ASH está sujeta a cambios en cualquier momento y sin previo aviso.

Cómo obtener servicios cubiertos

Para obtener servicios cubiertos, llame a un proveedor participante de ASH y haga una cita para el examen inicial. Si necesita servicios, es posible que se requiera una verificación de que los servicios son médicamente necesarios. El proveedor participante de ASH solicitará cualquier tratamiento médico necesario. Un profesional clínico de ASH Plans de una especialidad idéntica o similar a la del proveedor de servicios en consideración decidirá si los servicios son o fueron médicamente necesarios. ASH Plans le informará, cuando usted lo solicite, los criterios por escrito que se siguen para autorizar, modificar, posponer o denegar una solicitud de autorización. Si tiene alguna pregunta o inquietud, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente de ASH Plans.

Este resumen tiene como objetivo únicamente responder las preguntas más frecuentes sobre los beneficios de servicios quiroprácticos y de acupuntura, incluidos los copagos. Consulte la *Enmienda sobre los Servicios Quiroprácticos y de Acupuntura Combinados de la Evidencia de Cobertura de Kaiser Foundation Health Plan, Inc.*, para obtener una descripción detallada de los beneficios de atención quiropráctica y de acupuntura, incluidas las exclusiones y limitaciones, y los servicios quiroprácticos y de acupuntura de emergencia.

Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (el plan de salud) tiene un contrato con American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans) para poner a su disposición la red de quiroprácticos y acupunturistas participantes de ASH Plans. **No necesita una referencia de un médico del plan para recibir servicios cubiertos de cualquier quiropráctico o acupunturista participante.** Los costos compartidos se pagan cuando recibe los servicios cubiertos. Consulte los términos que debe conocer en la sección de definiciones de la *Enmienda sobre los Servicios Combinados de Quiropráctica y de Acupuntura de la Evidencia de Cobertura de Kaiser Foundation Health Plan, Inc.*

* La cobertura combinada para los servicios quiroprácticos y de acupuntura está incluida en los siguientes planes:

- Platinum 90 HMO 0/10 + Child Dental Alt
- Gold 80 HMO 0/30 + Child Dental Alt
- Gold 80 HMO 1000/40 + Child Dental Alt
- Silver 70 HMO 1900/65 + Child Dental Alt

Cómo solicitar ayuda

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre los servicios que recibió de un proveedor participante, puede llamar a Servicio a los Miembros de ASH Plans al **800-678-9133** (los usuarios de TTY pueden llamar al **711**), de lunes a viernes, de 5 a. m. a 6 p. m., o escribir a ASH Plans a:

ASH Plans Member Services
P.O. Box 509002
San Diego, CA 92150-9002

Resolución de disputas

Tiene derecho a presentar una queja formal ante Kaiser Permanente por cualquier problema. La queja formal debe incluir toda la información necesaria, por ejemplo, por qué cree que se tomó una decisión equivocada o por qué no está satisfecho con los servicios que recibió. Puede presentar su queja formal oralmente o por escrito ante Kaiser Permanente, como se describe en la sección "Resolución de Disputas" de la *Evidencia de Cobertura* del plan de salud.



Beneficios de equipo médico duradero (DME)

Beneficios terapéuticos a domicilio para pacientes con determinadas condiciones médicas o enfermedades.

Todos los planes de nivel metal para grupos pequeños de Kaiser Permanente cubren artículos “básicos” de equipo médico duradero (*durable medical equipment*, DME) que son parte de los beneficios esenciales de salud y artículos “suplementarios” de DME que no forman parte de dichos beneficios.

Los beneficios de DME suplementarios están sujetos a un beneficio máximo de \$2,000 cada año

A continuación se incluye un modelo de lista de artículos de DME con cobertura.*

COBERTURA BÁSICA DE DME

- Monitor de glucosa en la sangre y suministros
- Estimulador óseo
- Bastones y muletas
- Tracción cervical (de puerta)
- Almohadilla seca de presión
- Bombas y suministros para infusión
- Soporte IV
- Nebulizador y suministros
- Medidores de flujo máximo
- Mantas de fototerapia

COBERTURA DE DME SUPLEMENTARIOS

- Tanques de oxígeno
- Equipo de presión positiva continua en las vías respiratorias (*continuous positive airway pressure*, CPAP)
- Sillas de ruedas
- Camas de hospital

* Si se encuentra fuera de un área de servicio de Kaiser Permanente, algunos artículos de DME pueden no tener cobertura. Para obtener más información sobre los beneficios de DME, incluidos los costos compartidos, máximo de beneficios y limitaciones, consulte su *Formulario de Revelación Combinado y la Evidencia de Cobertura* o el *Certificado de Seguro*.



Atención pediátrica de la vista

(Servicios prestados únicamente en Kaiser Permanente para Kaiser Permanente Vision Essentials)

Los planes de salud autorizados por la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA) incluyen beneficios para la vista y atención médica de optometristas y oftalmólogos confiables de Kaiser Permanente. Puede vincular la atención de la vista con la salud integral mediante Vision Essentials de Kaiser Permanente. Como nuestros optometristas y oftalmólogos trabajan con el sistema de atención integrado, están conectados con el equipo más amplio de profesionales de la salud. Los exámenes de los ojos habituales pueden detectar no solo problemas de la vista, sino también síntomas de otros problemas de salud importantes.

En el caso de los pacientes menores de 19 años con cobertura de un plan de nivel metal de ACA, un proveedor de Kaiser Permanente debe realizar y proveer los servicios. Para cubrir sus necesidades, podrán elegir entre anteojos claros comunes o lentes de contacto de Value Collection.

CARACTERÍSTICAS	EL MIEMBRO PAGA
EXAMEN RUTINARIO DE LA VISTA¹	\$0
OPCIÓN DE ANTEOJOS² Examen de la vista anual con refracción Anteojos claros comunes (únicamente lentes y armazones de anteojos de Value Collection)	\$0 \$0
OPCIÓN DE LENTES DE CONTACTO³ Examen de la vista anual con refracción Tarifas de ajuste de lentes de contacto Un par de lentes de contacto estándares o desechables	\$0 \$0 \$0

¹ Programe un examen rutinario de los ojos con un optometrista del plan para determinar si es necesario corregir la vista y proporcionar una receta para lentes de anteojos (**no está sujeto al deducible del plan**).

² Si prefiere usar anteojos en vez de lentes de contacto, cubrimos un par completo (armazones y lentes comunes) de nuestra colección seleccionada y económica de armazones (**no está sujeto al deducible del plan**) cada 12 meses cuando un médico u optometrista hace la receta, y un proveedor del plan coloca los lentes en un armazón.

³ Si prefiere usar lentes de contacto en lugar de anteojos, cubrimos una de las siguientes opciones, incluidas la adaptación y la entrega (**no está sujeto al deducible del plan**) cuando a la prescripción la realiza un médico u optometrista, y los anteojos se obtienen en un consultorio médico o una oficina de venta de productos ópticos del plan:

- Lentes de contacto estándares: un par cada 12 meses
- Lentes de contacto desechables: un suministro de 6 meses por ojo cada 12 meses

Información importante

Para encontrar centros, productos y servicios de los planes de nivel metal, ingrese a kp2020.org (en inglés).

Para leer más detalles sobre la atención pediátrica para la vista, consulte el *Formulario de Revelación Combinado y la Evidencia de Cobertura*.

Notas

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

account.kp.org (en inglés)

 Please recycle. This material was produced from eco-responsible resources.

Small Business
969457625 Jan-Dec 2023

 KAISER PERMANENTE®