

# PLATINUM 90 HMO 0/10\* + CHILD DENTAL ALT<sup>†</sup>

## Copay HMO Plan

<sup>†</sup> 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. Este plan “Alt” también incluye beneficios de atención quiropráctica y de acupuntura.

| CARACTERÍSTICAS                                                                                                                                                   | EL MIEMBRO PAGA                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <b>DEDUCIBLE DEL PLAN</b>                                                                                                                                         | \$0                                                                    |
| <b>GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO</b><br>Integrado                                                                                                                      | Individual: \$3,000 <sup>1,2</sup><br>Familiar: \$6,000 <sup>1,2</sup> |
| <b>EN EL CONSULTORIO MÉDICO</b><br>Consultas de atención primaria                                                                                                 | \$10                                                                   |
| Consultas de atención de urgencia                                                                                                                                 | \$10                                                                   |
| Visitas al consultorio de atención especializada                                                                                                                  | \$20                                                                   |
| Exámenes preventivos, vacunas                                                                                                                                     | \$0 <sup>3</sup>                                                       |
| Atención prenatal                                                                                                                                                 | \$0 <sup>4</sup>                                                       |
| Atención posparto                                                                                                                                                 | \$0 <sup>4</sup>                                                       |
| Consultas de atención preventiva para el bienestar infantil                                                                                                       | \$0 <sup>5</sup>                                                       |
| Inyecciones para las alergias                                                                                                                                     | \$5 por consulta                                                       |
| Servicios de fertilidad                                                                                                                                           | Sin cobertura <sup>6</sup>                                             |
| Fisioterapia, terapia del habla y ocupacional                                                                                                                     | \$10                                                                   |
| La mayoría de los análisis de laboratorio                                                                                                                         | \$20                                                                   |
| La mayoría de las radiografías y pruebas de diagnóstico                                                                                                           | \$40                                                                   |
| La mayoría de las resonancias magnéticas y tomografías computarizadas o por emisión de positrones                                                                 | \$150                                                                  |
| Cirugía para pacientes ambulatorios (por procedimiento)                                                                                                           | \$300                                                                  |
| <b>SERVICIOS DE EMERGENCIA</b><br>Consultas en el Departamento de Emergencias<br>(el cargo no se exige si es admitido directamente al hospital)                   | \$200                                                                  |
| Ambulancia                                                                                                                                                        | \$150                                                                  |
| <b>MEDICAMENTOS</b><br>Medicamentos genéricos<br>(suministro de hasta 30 días)                                                                                    | \$5 <sup>7</sup>                                                       |
| Medicamentos de marca<br>(suministro de hasta 30 días)                                                                                                            | \$15 <sup>7</sup>                                                      |
| Medicamentos especializados<br>(suministro de hasta 30 días)                                                                                                      | 10 % por receta médica, hasta un máximo de \$250 <sup>7</sup>          |
| <b>ATENCIÓN PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS</b><br>Servicios de médicos, habitación y comidas, exámenes, medicamentos, suministros, terapias, servicios para partos | \$500 por hospitalización                                              |
| Atención en un centro de enfermería especializada<br>(hasta 100 días por periodo de beneficios)                                                                   | \$250 por hospitalización                                              |
| <b>SERVICIOS DE SALUD MENTAL</b><br>Paciente ambulatorio (en el consultorio médico)                                                                               | \$10                                                                   |
| Paciente hospitalizado (en el hospital)                                                                                                                           | \$500 por hospitalización                                              |
| <b>SERVICIOS PARA TRATAR TRASTORNOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS</b><br>Paciente ambulatorio (en el consultorio médico)                                                | \$10                                                                   |
| Paciente hospitalizado (solo desintoxicación)                                                                                                                     | \$500 por hospitalización                                              |
| <b>OTROS</b><br>Teleconsultas                                                                                                                                     | \$0                                                                    |
| Servicios quiroprácticos y de acupuntura                                                                                                                          | \$15 por consulta (autorreferencia; 20 consultas combinadas por año)   |
| Determinados equipo médico duradero (DME)<br>(suplementario y básico)                                                                                             | 10 % <sup>8</sup>                                                      |
| Determinados dispositivos protésicos y ortésicos                                                                                                                  | \$0                                                                    |
| Óptica pediátrica (artículos para la vista)                                                                                                                       | 1 par de lentes o lentes de contacto por año <sup>9</sup>              |
| Examen de la vista pediátrico                                                                                                                                     | \$0                                                                    |
| Óptica para adultos (artículos para la vista)                                                                                                                     | Asignación de \$175 <sup>10</sup>                                      |
| Examen de la vista para adultos (de refracciones oculares)                                                                                                        | \$0                                                                    |
| Atención médica a domicilio (hasta 100 consultas por año)                                                                                                         | \$0                                                                    |
| Cuidados paliativos                                                                                                                                               | \$0                                                                    |

(continúa)

(continuación)

- 
- <sup>1</sup> Este plan tiene un gasto máximo de bolsillo integrado. Individualmente, los familiares no están sujetos al costo compartido cuando alcanzan su gasto máximo de bolsillo individual o cuando se alcanza el gasto máximo de bolsillo de la familia.
- <sup>2</sup> El gasto máximo de bolsillo es el monto máximo que una persona o familia pagarán por determinados servicios en un año.
- <sup>3</sup> Los análisis de laboratorio, las radiografías y las vacunas con fines preventivos tienen cobertura como parte del examen preventivo.
- <sup>4</sup> Consultas prenatales programadas y consultas posparto.
- <sup>5</sup> Consultas de bienestar infantil hasta los 23 meses de edad.
- <sup>6</sup> Los beneficios para tratar la infertilidad se pueden agregar a este plan por un costo adicional. Para obtener más información, comuníquese con su corredor o representante de Kaiser Permanente.
- <sup>7</sup> Los medicamentos recetados tienen cobertura de acuerdo con nuestra lista de medicamentos cubiertos disponibles cuando los receta un médico del plan y se obtienen en farmacias del plan. Algunos medicamentos tienen copagos diferentes. Para obtener información sobre nuestra lista de medicamentos cubiertos disponibles, incluidos los medicamentos especializados, ingrese a [kp.org/formulary](https://kp.org/formulary) (haga clic en "Español") o llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros.
- <sup>8</sup> Se brinda cobertura para equipo médico duradero (*durable medical equipment*, DME) básico y suplementario. El DME suplementario se limita a un beneficio máximo combinado de \$2,000 por año para los servicios. Consulte la *Evidencia de Cobertura* para obtener información sobre lo que está incluido en su beneficio de DME.
- <sup>9</sup> Para menores de 19 años. Un par de anteojos de una selección limitada.
- <sup>10</sup> Asignación para el costo de lentes de anteojos, montaduras de gafas, y la adaptación y entrega de lentes de contacto cada 24 meses.

**Esto es solo un resumen de beneficios y está sujeto a cambios.** En la *Evidencia de Cobertura* (*Evidence of Coverage, EOC*) de Kaiser Foundation Health Plan (KFHP) y en el *Certificado de Seguro* (*Certificate of Insurance*) de Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC), se brinda una explicación completa de los beneficios, las exclusiones y las limitaciones. La información que se proporciona no tiene como fin describir todos los beneficios incluidos en cada plan, ni tampoco está diseñada para funcionar como *Evidencia de Cobertura* o *Certificado de Seguro*.