Gold 80 HDHP HMO 1750/15%* + Child Dental ALT†

Copay HMO Plan

Para las fechas de vigencia del 1 de enero al 1 de diciembre de 2024

CARACTERÍSTICAS	EL MIEMBRO PAGA
DEDUCIBLE DEL PLAN (Integrado)	Solamente usted: $1,750[1,2]/Individual: $3,200[1,2]/Familiar: $3,500[1,2]
GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO (Integrado)	Individual: $3,700[1,3]/Familiar: $7,400[1,3]
EN EL CONSULTORIO MÉDICO Consultas de atención primaria	15 % (después del deducible del plan)
Consultas de atención de urgencia	15 % (después del deducible del plan)
Visitas al consultorio de atención especializada	15 % (después del deducible del plan)
Servicios preventivos (por ejemplo, pruebas de detección, consultas prenatales y posparto, y vacunas)	$0[4,5]
Consultas de atención preventiva para el bienestar infantil	$0 hasta los 23 meses de edad
Inyecciones para las alergias	15 % por consulta (después del deducible del plan)
Servicios de fertilidad	Sin cobertura[6]
Fisioterapia, terapia del habla y ocupacional	15 % (después del deducible del plan)
La mayoría de los análisis de laboratorio	15 % (después del deducible del plan)[7]
La mayoría de las radiografías y pruebas de diagnóstico	15 % (después del deducible del plan)[7]
La mayoría de las resonancias magnéticas y tomografías computarizadas o por emisión de positrones	15 % (después del deducible del plan)[7]
Cirugía para pacientes ambulatorios (por procedimiento)	15 % (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)	15 % (después del deducible del plan)
Ambulancia	15 % (después del deducible del plan)
MEDICAMENTOS RECETADOS (suministro de hasta 30 días) Medicamentos genéricos (Nivel 1) Medicamentos de marca (Nivel 2) Medicamentos especializados (Nivel 4)	 $15 (después del deducible del plan)[8,9] $45 (después del deducible del plan)[8,9] 15 % hasta un máximo de $250 (después del deducible del plan)[8,9]
ATENCIÓN PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Servicios de médicos, habitación y comidas, exámenes, medicamentos, suministros, terapias, servicios para partos	15 % (después del deducible del plan)
Atención en un centro de enfermería especializada (hasta 100 días por periodo de beneficios)	15 % (después del deducible del plan)
SERVICIOS DE SALUD MENTAL Paciente ambulatorio (en el consultorio médico)	15 % (después del deducible del plan)
Paciente hospitalizado (en el hospital)	15 % (después del deducible del plan)
SERVICIOS PARA TRATAR TRASTORNOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS Paciente ambulatorio (en el consultorio médico)	15 % (después del deducible del plan)
Paciente hospitalizado (solo desintoxicación)	15 % (después del deducible del plan)
OTROS Atención virtual	$0 (después del deducible del plan)[10]
Servicios quiroprácticos y de acupuntura	15 % por consulta después del deducible del plan únicamente para servicios de acupuntura con referencia de un médico
Determinado equipo médico duradero (DME) (suplementario y básico)	15 %[11]
Determinados dispositivos protésicos y ortésicos	$0 (después del deducible del plan)
Óptica pediátrica (artículos para la vista)	1 par de anteojos o lentes de contacto por año[12]
Examen de la vista pediátrico	$0
Óptica para adultos (artículos para la vista)	Sin cobertura[13]
Examen de la vista para adultos (de refracciones oculares)	$0
Atención médica a domicilio (hasta 100 consultas por año)	15 % (después del deducible del plan)
Cuidados paliativos	0 % (después del deducible del plan)

(continúa)

Para las fechas de vigencia del 1 de enero al 1 de diciembre de 2024

(continuación)

* Este plan también se ofrece en Covered California for Small Business y CaliforniaChoice®.

† 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.

1. Este plan tiene un deducible y un gasto máximo de bolsillo integrados. Cada familiar empezará a pagar copagos o coseguros después de alcanzar su deducible o su gasto máximo de bolsillo individuales (según el beneficio), o cuando se alcancen el deducible o el gasto máximo de bolsillo de la familia. Individualmente, los familiares no están sujetos al costo compartido cuando alcanzan su gasto máximo de bolsillo individual o cuando se alcanza el gasto máximo de bolsillo de la familia. **2.** Solamente usted: familia de 1 solo integrante. Individual: cada miembro de una familia de 2 o más integrantes. Familiar: familia entera de 2 o más integrantes. **3.** El gasto máximo de bolsillo es el monto máximo que una persona o familia pagarán por todos los servicios cubiertos en un año. **4.** Los análisis de laboratorio, las radiografías y las vacunas con fines preventivos tienen cobertura como parte del examen preventivo. **5.** Consultas prenatales programadas y consultas posparto. **6.** 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 o representante de Kaiser Permanente. **7.** Los análisis de laboratorio y las pruebas de diagnóstico, así como las radiografías, las resonancias magnéticas y las tomografías computarizadas o por emisión de positrones relacionadas con servicios preventivos se realizan sin cargo. **8.** 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 (haga clic en "Español") o llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros. **9.** Pedidos por correo: Suministro de hasta 100 días por el costo de un suministro de 60 días para medicamentos con receta aprobados. **10.** Se brinda cobertura para equipo médico duradero (durable medical equipment, DME) básico y suplementario después del deducible del plan. El DME suplementario se limita a un beneficio máximo combinado de $2,000 por año para los servicios (después del deducible del plan). Consulte la *Evidencia de Cobertura* para obtener información sobre lo que está incluido en su beneficio de DME. **11.** Para los miembros del plan HSA-Qualified HDHP HMO, todas las consultas de telesalud programadas para atención no preventiva (por teléfono y video). **12.** Para menores de 19 años. Un par de anteojos de una selección limitada. **13.** 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.

Esto es solo un resumen de beneficios y está sujeto a cambios. En la *Evidencia de Cobertura* de Kaiser Foundation Health Plan (KFHP) y en el *Certificado de Seguro* 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*.