

Formulario De Divulgación

104303 CITY OF SAN DIEGO
Región Local: Sur del California

Beneficios Principales Para Kaiser Permanente Traditional HMO Plan

(1/8/20—31/7/21)

El Plan de Salud considera que esta cobertura es un "plan de salud de derechos adquiridos" (*grandfathered health plan*) según la Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible (*Patient Protection and Affordable Care Act*, PPACA). Puede llamar a nuestra Centro de Contacto de Servicios a los Miembros si tiene preguntas acerca de los planes de salud de derechos adquiridos.

Período de Acumulación

El Período de Acumulación para este plan es del 1 de enero al 31 de diciembre.

Gastos máximos de bolsillo y deducible(s)

Para los servicios que aplican a los gastos máximos de bolsillo, no pagará más costos compartidos durante el Período de Acumulación restante cuando haya alcanzado los montos que se indican a continuación.

Montos por Período de Acumulación	Cobertura solo para el miembro (una familia de un solo miembro)	Cobertura para familias Cada miembro en una familia de dos o más miembros	Cobertura para familias Para toda una familia de dos o más miembros
Máximo Desembolsable del Plan	\$1,500	\$1,500	\$3,000
Deducible del Plan	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Deducible del Medicamento	Ninguno	Ninguno	Ninguno

Servicios Profesionales (visitas al consultorio de un Proveedor del Plan) Usted Paga

La mayoría de las Visitas de Atención Médica Primaria y la mayoría de las Visitas al Especialista no Médico	\$20 por visita
La mayoría de las Visitas al Especialista Médico	\$20 por visita
Exámenes físicos de mantenimiento de rutina, incluidos exámenes para la mujer sana	\$20 por visita
Exámenes preventivos del niño sano (hasta los 23 meses de edad)	\$5 por visita
Asesoramiento y consultas para la planificación familiar	\$20 por visita
Exámenes prenatales programados	\$5 por visita
Exámenes de ojos de rutina con un Optometrista del Plan	\$20 por visita
Consultas, evaluación y tratamientos de atención urgente	\$20 por visita
La mayoría de las terapias físicas, ocupacionales y del habla	\$20 por visita

Servicios para Pacientes Ambulatorios Usted Paga

Cirugía ambulatoria y ciertos otros procedimientos ambulatorios	\$50 por procedimiento
Inyecciones contra alergias (incluido el suero antialérgico)	Sin costo
La mayoría de las inmunizaciones (incluida la vacuna)	Sin costo
La mayoría de las radiografías y análisis de laboratorio	Sin costo

Servicios de Hospitalización Usted Paga

Habitación y comida, cirugía, anestesia, radiografías, análisis de laboratorio y medicamentos	\$100 por admisión
---	--------------------

Cobertura de Atención de Emergencia Usted Paga

Visitas al Departamento de Emergencias	\$50 por visita
Nota: Este Costo Compartido no se aplican si el paciente es admitido en el hospital para recibir Servicios cubiertos (vea el Costos Compartido para pacientes hospitalizados en la sección "Servicios de Hospitalización").	

Servicios de Ambulancia Usted Paga

Servicios de ambulancia	Sin costo
-------------------------------	-----------

Cobertura de Medicamentos con Receta Médica Usted Paga

Cubiertos para pacientes ambulatorios de acuerdo con nuestras pautas del formulario de medicamentos:

La mayoría de los artículos genéricos en una Farmacia del Plan	\$15 suministro máximo para 30-días
Volver a surtir recetas de la mayoría de los medicamentos genéricos por medio de nuestro servicio de pedidos por correo	\$30 suministro máximo para 100-días
La mayoría de los artículos de marca en una Farmacia del Plan	\$30 suministro máximo para 30-días
Volver a surtir recetas de la mayoría de los medicamentos de marca por medio de nuestro servicio de pedidos por correo	\$60 suministro máximo para 100-días
Mayoría de los artículos para especialidades en una Farmacia del Plan	\$30 suministro máximo para 30-días

Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME) Usted Paga

Artículos de DME como se describe en el folleto EOC	Sin costo
---	-----------

Servicios de Salud Mental Usted Paga

Atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados	\$100 por admisión
---	--------------------

(continúa)

Formulario De Divulgación

(continuación)

Servicios de Salud Mental	Usted Paga
Tratamiento y evaluación individuales de salud mental para pacientes externos.....	\$20 por visita
Tratamiento grupal de salud mental para pacientes externos	\$10 por visita
Tratamiento de Trastorno por Consumo de Sustancias	Usted Paga
Desintoxicación como paciente hospitalizado	\$100 por admisión
Tratamiento y evaluación individuales de trastorno por consumo de sustancias para pacientes externos	\$20 por visita
Tratamiento grupal de trastorno por consumo de sustancias para pacientes externos	\$5 por visita
Servicios de Atención Médica en el Hogar	Usted Paga
Atención médica en el hogar (hasta un máximo de 100 visitas por Período de Acumulación)	Sin costo
Otros Servicios	Usted Paga
Aparatos auditivos cada 36 meses	Cantidades que superen \$500 Asignación por aparato
Atención en una instalación de enfermería especializada (hasta un máximo de 100 días por período de beneficios)	Sin costo
Dispositivos protésicos y ortóticos como se describe en el folleto EOC	Sin costo
Diagnóstico y tratamiento de la infertilidad e inseminación artificial, tales como procedimientos ambulatorios o pruebas de laboratorio, como se describe en el folleto EOC	consulte el folleto EOC para ver Costo Compartido
Servicios de tecnología de reproducción asistida ("ART", por sus siglas en inglés)	No está cubierto
Atención de hospicio	Sin costo

Este es un resumen de las preguntas que se hacen con más frecuencia sobre los beneficios. En este cuadro no se explican los beneficios, Costo Compartido, pagos máximos de su bolsillo, exclusiones o limitaciones, ni se listan todos los beneficios y Costo Compartido. Por favor consulte el folleto EOC si desea obtener una explicación completa. Observe que proporcionamos todos los beneficios requeridos por ley (por ejemplo, los suministros para pruebas de la diabetes).