

Fecha de vigencia: del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre del 2025

Información General

Sitio web:	www.kp.org/espanol
Servicio a los Miembros: (Elegibilidad, verificación de cobertura y preguntas generales)	(404) 261-2590 localmente; (888) 865-5813 línea gratuita de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 7:00 p. m.
Línea de Salud:	
<ul style="list-style-type: none"> Programación de citas o ayuda con recetas médicas: Consejos de enfermería: 	(404) 365-0966 localmente; (800) 611-1811 línea gratuita De lunes a viernes de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. las 24 horas del día, los 7 días de la semana
Monto máximo de beneficios de por vida	Ninguno
Coseguro	20 % después del deducible del plan
Plan con deducible: Individual/Familiar	\$2,500/\$5,000
Gasto máximo de bolsillo del plan: Individual/Familiar	\$5,000/\$10,000

Visitas al Consultorio (Pacientes Ambulatorios)

Atención primaria	Copago de \$40
Atención especializada	Copago de \$50
Atención preventiva	Sin cargo
Consultas prenatales programadas y la primera consulta posparto	Sin cargo, cubierto para los cuidados de rutina
Consulta de bienestar infantil (hasta los 5 años)	Sin cargo
Examen de la vista: optometrista y oftalmólogo	Copago de \$40, incluye refracciones oculares
Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla	Copago de \$30 (30 consultas por terapia por periodo de acumulación)
Cirugía ambulatoria	20 % después del deducible del plan

Pruebas de Laboratorio y Radiografías

Laboratorio	Sin cargo
Radiografía	Sin cargo
imágenes por resonancia magnética (MRI), tomografía	Coseguro del 20 % después del deducible del plan

Atención de Emergencia

Ambulancia (terrestre o aérea)	\$150 de copago por traslado
Sala de emergencias	\$250 de copago por consulta
Atención de urgencia	\$80 de copago; en centros de atención designados

Servicios para Pacientes Hospitalizados

Cargos del centro de atención hospitalaria, servicios del médico y otros servicios profesionales	20 % después del deducible del plan
Parto y atención del bebé hospitalizado	20 % después del deducible del plan

HUB GROUP

Fecha de vigencia: del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre del 2025

Servicios de Salud Mental y Farmacodependencia

Salud mental ambulatoria (individual)	Copago de \$40, consultas ilimitadas por año calendario
Salud mental ambulatoria (grupal)	Copago de \$20, consultas ilimitadas por año calendario
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados	20 % después del deducible del plan, sin límite de días por año calendario
Servicios de farmacodependencia para pacientes ambulatorios (individual)	Copago de \$40, consultas ilimitadas por año calendario
Servicios de farmacodependencia para pacientes ambulatorios (grupal)	Copago de \$20, consultas ilimitadas por año calendario
Servicios de farmacodependencia para pacientes hospitalizados Medicamentos recetados	20 % después del deducible del plan, sin límite de días por año calendario
Deducible del plan de medicamentos recetados	Ninguno
Farmacia/Minorista: Genérico	Copago de \$5 en farmacias de KP y copago de \$15 en farmacias de la red por un surtido
Farmacia/Minorista: Marca preferida	Copago de \$15 en farmacias de KP y copago de \$25 en farmacias de la red por un surtido
Farmacia/Minorista: suministro diario	Suministro para 30 días
Pedido por correo: Genérico	Copago de \$10 solo en farmacias de Kaiser Permanente
Pedido por correo: Marca preferida	Copago de \$30 solo en farmacias de Kaiser Permanente
Pedidos por correo: suministro diario	Suministro por 90 días.
Otro	
Centro de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	El plan paga el 80 % después del deducible del plan, hasta 100 días por año calendario
Cuidados paliativos	Sin cargo
Atención médica a domicilio	Sin cargo, hasta 120 visitas por año calendario. El servicio de enfermería privada no tiene cobertura.
Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME)	Sin cargo
Servicios para la Infertilidad	Copago de \$20 en el consultorio solo por diagnóstico. Coseguro de 50 % (no se aplica el deducible del plan) para pruebas relacionadas con problemas y tratamiento reproductivo, hasta incluir la inseminación artificial.

Weekly Rates

Employee: \$35.71
Employee + Spouse: \$120.80
Employee + Child(ren): \$96.33
Family: \$213.97

Bi-weekly Rates

Employee: \$71.42
Employee + Spouse: \$241.60
Employee + Child(ren): \$192.66
Family: \$427.94

Este es un resumen de sus beneficios y sus copagos. Esto no es un contrato. La lista completa, las exclusiones y las limitaciones se incluyen en el Acuerdo de Grupo que tenemos con su empleador y en la Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage) que recibirá. En caso de discrepancias entre esta tabla de beneficios y la Evidencia de Cobertura, la Evidencia de Cobertura prevalecerá. Si tiene preguntas específicas sobre la cobertura, pregunte a la oficina de beneficios de su empleador o comuníquese con Servicio para Miembros de Kaiser Permanente al (404)261-2590.