

Parte Uno del Formulario de Revelación Hub Group, Inc. Customer ID 233137 Member Services 800-464-4000 Región Local: Sur del California 1 enero 2025 hasta 31 diciembre 2025	Weekly Rates	Bi-weekly Rates
	Employee: \$38.48	Employee: \$76.96
	Employee + Spouse: \$136.67	Employee + Spouse: \$273.33
	Employee + Child(ren): \$109.56	Employee + Child(ren): \$219.12
	Family: \$230.55	Family: \$461.10

Beneficios Principales Para Kaiser Permanente Deductible HMO Plan

Período de Acumulación

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

Gastos máximos de bolsillo y deducibles

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.

Para los servicios sujetos a los deducibles del plan o a los deducibles por medicamentos, deberá pagar cargos por los servicios cubiertos que reciba durante el Período de Acumulación, hasta que haya alcanzado los montos deducibles que se indican a continuación. Todos los pagos que realice para alcanzar sus deducibles se aplicarán a los gastos máximos de bolsillo del plan 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	\$5,000	\$5,000	\$10,000
Deducible del Plan	\$2,500	\$2,500	\$5,000
Deducible del Medicamento	Ninguno	Ninguno	Ninguno

Visitas al Consultorio de un Proveedor del Plan

La mayoría de las Visitas de Atención Médica Primaria y la mayoría de las Visitas al Especialista no Médico

La mayoría de las Visitas al Especialista Médico.....

Exámenes físicos de mantenimiento de rutina, incluidos exámenes para la mujer sana

Exámenes preventivos del niño sano (hasta los 23 meses de edad)

Exámenes de ojos de rutina con un Optometrista del Plan

Consultas, evaluación y tratamientos de atención urgente.....

La mayoría de las terapias físicas, ocupacionales y del habla

Usted Paga

\$20 por visita (no se aplica el Deducible del Plan)

\$40 por visita (no se aplica el Deducible del Plan)

Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)

Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)

Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)

\$20 por visita (no se aplica el Deducible del Plan)

\$20 por visita (no se aplica el Deducible del Plan)

Consultas de Telesalud

Consultas de atención primaria y consultas a especialistas no

médicos por video interactivo o por teléfono

Consultas a especialistas médicos por video interactivo o por teléfono

Usted Paga

Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)

Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)

Servicios para Pacientes Ambulatorios

Cirugía ambulatoria y ciertos otros procedimientos ambulatorios.....

La mayoría de las inmunizaciones (incluida la vacuna)

La mayoría de las radiografías y análisis de laboratorio

Radiografías, pruebas de detección y análisis de laboratorio

preventivos como se describe en el folleto EOC

RMN, la mayoría de TC y TEP

Coseguro del 20% después del Deducible del Plan

Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)

\$10 por tipo de Servicio (no se aplica el Deducible del Plan)

Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)

Coseguro del 20% hasta un máximo de \$150 por

procedimiento (no se aplica el Deducible del

Plan)

Servicios para Pacientes Hospitalizados

Habitación y comida, cirugía, anestesia, radiografías, análisis de

laboratorio y medicamentos

Usted Paga

Coseguro del 20% después del Deducible del Plan

Servicios de Emergencia

Visitas al Departamento de Emergencias

Nota: Si lo ingresan directamente al hospital como paciente hospitalizado para los Servicios cubiertos, pagará el Costo

Compartido para pacientes hospitalizados en lugar del Costo Compartido del Departamento de Emergencias (consulte

“Servicios para Pacientes Hospitalizados” a fin de conocer el Costo Compartido para pacientes hospitalizados).

Servicios de Ambulancia

Servicios de ambulancia

Usted Paga

\$150 por viaje (no se aplica el Deducible del Plan)

Parte Uno del Formulario de Revelación

(continuación)

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 (Nivel 1) en una Farmacia del Plan	\$10 suministro máximo para 30-días (no se aplica el Deducible del Plan)
Volver a surtir recetas de la mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1) por medio de nuestro servicio de pedidos por correo	\$20 suministro máximo para 100-días (no se aplica el Deducible del Plan)
La mayoría de los artículos de marca (Nivel 2) en una Farmacia del Plan	\$30 suministro máximo para 30-días (no se aplica el Deducible del Plan)
Volver a surtir recetas de la mayoría de los medicamentos de marca (Nivel 2) por medio de nuestro servicio de pedidos por correo	\$60 suministro máximo para 100-días (no se aplica el Deducible del Plan)
Mayoría de los artículos para especialidades (Nivel 4) en una Farmacia del Plan	Coseguro del 20% (sin exceder \$250) suministro máximo para 30-días (no se aplica el Deducible del Plan)

Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME)

Usted Paga

Artículos de DME como se describe en el folleto EOC	Coseguro del 20% (no se aplica el Deducible del Plan)
---	---

Servicios de Salud Mental

Usted Paga

Atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados	Coseguro del 20% después del Deducible del Plan
Tratamiento y evaluación individuales de salud mental para pacientes externos	\$20 por visita (no se aplica el Deducible del Plan)
Tratamiento grupal de salud mental para pacientes externos	\$10 por visita (no se aplica el Deducible del Plan)

Tratamiento de Trastorno por Consumo de Sustancias

Usted Paga

Desintoxicación como paciente hospitalizado	Coseguro del 20% después del Deducible del Plan
Tratamiento y evaluación individuales de trastorno por consumo de sustancias para pacientes externos	\$20 por visita (no se aplica el Deducible del Plan)
Tratamiento grupal de trastorno por consumo de sustancias para pacientes externos	\$5 por visita (no se aplica el Deducible del Plan)

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 (no se aplica el Deducible del Plan)
---	--

Otros Servicios

Usted Paga

Atención en una instalación de enfermería especializada (hasta un máximo de 100 días por período de beneficios)	Coseguro del 20% (no se aplica el Deducible del Plan)
Dispositivos protésicos y ortóticos como se describe en el folleto EOC	Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)
Diagnóstico y tratamiento de la infertilidad e inseminación artificial, tales como procedimientos ambulatorios o pruebas de laboratorio, como se describe en el folleto EOC	Coseguro del 50% (no se aplica el Deducible del Plan)
Servicios de tecnología de reproducción asistida ("ART", por sus siglas en inglés)	No está cubierto

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.

Parte Dos del Formulario de Revelación

La *Parte Dos del Formulario de Revelación* proporciona un resumen de características importantes de su membresía en el Plan de Salud, incluso cómo obtener los Servicios, las exclusiones principales y avisos importantes. Para ver o descargar una copia, vaya a kp.org/choosekp (en inglés) o llame a Servicio a los Miembros al 1-800-464-4000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).