

**Parte Uno del Formulario de Revelación**

101400 SOUTHERN CALIFORNIA DRUG BENEFIT FUND – Platino, Oro, y No-Retirados Medicare  
Región Local: Sur del California

**Beneficios Principales Para**

**Kaiser Permanente Deductible HMO Plan** (1/6/21—31/5/22)

**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.

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 su(s) deducible(s) 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 | $2,000 | $2,000 | $4,000 |
| Deducible del Plan | $500 | $500 | $1,000 |
| 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 (no se aplica el Deducible del Plan)

La mayoría de las Visitas al Especialista Médico $20 por visita (no se aplica el Deducible del Plan) Exámenes físicos de mantenimiento de rutina, incluidos exámenes para la mujer

sana Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)

Exámenes preventivos del niño sano (hasta los 23 meses de edad) Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)

Asesoramiento y consultas para la planificación familiar Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)

Exámenes prenatales programados Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)

Exámenes de ojos de rutina con un Optometrista del Plan Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)

Consultas, evaluación y tratamientos de atención urgente $20 por visita (no se aplica el Deducible del Plan)

La mayoría de las terapias físicas, ocupacionales y del habla $20 por visita después del Deducible del Plan

**Servicios para Pacientes Ambulatorios Usted Paga**

Cirugía ambulatoria y ciertos otros procedimientos ambulatorios Coseguro del 20% después del Deducible del Plan

Antígenos de alergias (incluida la administración) Sin costo después del Deducible del Plan

La mayoría de las inmunizaciones (incluida la vacuna) Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)

La mayoría de las radiografías y análisis de laboratorio $10 por tipo de Servicio después del Deducible del

Plan

Radiografías, pruebas de detección y análisis de laboratorio preventivos como se

describe en el folleto *EOC* Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)

RMN, la mayoría de TC y TEP Coseguro del 20% hasta un máximo de $50 por

procedimiento después del Deducible del Plan

**Servicios de Hospitalización Usted Paga**

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

medicamentos Coseguro del 20% después del Deducible del Plan

**Cobertura de Atención de Emergencia Usted Paga**

Visitas al Departamento de Emergencias Coseguro del 20% después del Deducible del Plan 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 de

Hospitalización” a fin de conocer el Costo Compartido para pacientes hospitalizados)

**Servicios de Ambulancia Usted Paga**

Servicios de ambulancia $150 por viaje después del Deducible del Plan

**Cobertura de Medicamentos con Receta Médica Usted Paga**

Los medicamentos recetados para pacientes externos incluidos en el folleto *EOC*de acuerdo con nuestros lineamientos del formulario de medicamentos en una   
Farmacia del Plan o por medio de nuestro servicio de pedidos por correo (no

tienen cobertura la mayoría de los medicamentos recetados para pacientes $15 suministro máximo para 30-días (no se aplica

externos) 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)

*(continúa)*



**Parte Uno del Formulario de Revelación** *(continuación)*

**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% después del 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 Coseguro del 50% (no se aplica el Deducible del

folleto *EOC* Plan)

Servicios de tecnología de reproducción asistida (“ART”, por sus siglas en inglés) No está cubierto

Atención de hospicio Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan) 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).

*624698.73.1.S000627535 embedded*