

Parte Uno del Formulario de Revelación

101400 SOUTHERN CALIFORNIA DRUG BENEFIT FUND
Región Local: Sur del California

Beneficios Principales Para Kaiser Permanente Traditional 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.

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..... Sin costo
La mayoría de las Visitas al Especialista Médico..... Sin costo
Exámenes físicos de mantenimiento de rutina, incluidos exámenes para la mujer sana..... Sin costo
Exámenes preventivos del niño sano (hasta los 23 meses de edad)..... Sin costo
Asesoramiento y consultas para la planificación familiar..... Sin costo
Exámenes prenatales programados..... Sin costo
Exámenes de ojos de rutina con un Optometrista del Plan..... Sin costo
Consultas, evaluación y tratamientos de atención urgente..... Sin costo
La mayoría de las terapias físicas, ocupacionales y del habla..... Sin costo

Servicios para Pacientes Ambulatorios **Usted Paga**

Cirugía ambulatoria y ciertos otros procedimientos ambulatorios..... Sin costo
Antígenos de alergias (incluida la administración)..... 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..... Sin costo

Cobertura de Atención de Emergencia **Usted Paga**

Visitas al Departamento de Emergencias..... Sin costo

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..... Sin costo

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 externos)..... \$15 suministro máximo para 30-días

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

Artículos de DME básicos tal como se describe en el folleto *EOC* (artículos de DME suplementarios no tienen cobertura)..... Sin costo

Servicios de Salud Mental **Usted Paga**

Atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados..... Sin costo
Tratamiento y evaluación individuales de salud mental para pacientes externos..... Sin costo
Tratamiento grupal de salud mental para pacientes externos..... Sin costo

Tratamiento de Trastorno por Consumo de Sustancias **Usted Paga**

Desintoxicación como paciente hospitalizado..... Sin costo
Tratamiento y evaluación individuales de trastorno por consumo de sustancias para pacientes externos..... Sin costo

(continúa)

Parte Uno del Formulario de Revelación*(continuación)***Servicios de Ambulancia****Usted Paga**

Tratamiento grupal de trastorno por consumo de sustancias para pacientes externos	Sin costo
--	-----------

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**

Atención en una instalación de enfermería especializada (hasta un máximo de 100 días por período de beneficios).....	Sin costo
---	-----------

Dispositivos protésicos y ortóticos básicos, tal como se describe en el folleto <i>EOC</i> (dispositivos protésicos y ortóticos suplementarios no tienen cobertura).....	Sin costo
---	-----------

Servicios para diagnosticar o tratar la infertilidad e inseminación artificial, tales como procedimientos ambulatorios o pruebas de laboratorio, como se describe en el folleto <i>EOC</i>	El costo compartido que pagaría si los servicios fueran para tratar cualquier otra afección
--	--

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).