

Formulario De Divulgación

122064 EVA CARE

Región Local: Sur del California

Beneficios Principales Para Kaiser Permanente Traditional HMO Plan

(1/7/20—30/6/21)

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	\$3,000	\$3,000	\$6,000
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	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	\$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	\$250 por procedimiento
Inyecciones contra alergias (incluido el suero antialérgico)	\$5 por visita
La mayoría de las inmunizaciones (incluida la vacuna)	Sin costo
La mayoría de las radiografías y análisis de laboratorio	\$10 por tipo de Servicio
Radiografías, pruebas de detección y análisis de laboratorio preventivos como se describe en el folleto EOC	Sin costo
RMN, la mayoría de TC y TEP	\$50 por procedimiento

Servicios de Hospitalización Usted Paga

Habitación y comida, cirugía, anestesia, radiografías, análisis de laboratorio y medicamentos	\$500 por día
---	---------------

Cobertura de Atención de Emergencia Usted Paga

Visitas al Departamento de Emergencias	\$150 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	\$150 por viaje
-------------------------------	-----------------

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	\$10 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	\$20 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	Coseguro del 50%
---	------------------

(continúa)

Formulario De Divulgación

(continuación)

Servicios de Salud Mental**Usted Paga**

Atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados.....	\$500 por día
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	\$500 por día
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**

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 <i>EOC</i>	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 <i>EOC</i>	Coseguro del 50%
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).