

Formulario De Divulgación

122064 EVA CARE

Región Local: Sur del California

Beneficios Principales Para Kaiser Permanente Deductible HMO Plan

(1/7/20—30/6/21)

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	\$6,500	\$6,500	\$13,000
Deducible del Plan	\$4,500	\$4,500	\$9,000
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	\$50 por visita después del Deducible del Plan
La mayoría de las Visitas al Especialista Médico	\$50 por visita después del 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	\$50 por visita después del Deducible del Plan
La mayoría de las terapias físicas, ocupacionales y del habla	\$50 por visita después del Deducible del Plan

Servicios para Pacientes Ambulatorios

Usted Paga

Cirugía ambulatoria y ciertos otros procedimientos ambulatorios	Coseguro del 40% después del Deducible del Plan
Inyecciones contra alergias (incluido el suero antialérgico)	\$15 por visita 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	Coseguro del 40% 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 40% hasta un máximo de \$150 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 40% después del Deducible del Plan
---	---

Cobertura de Atención de Emergencia

Usted Paga

Visitas al Departamento de Emergencias	\$250 por visita después del Deducible del Plan
--	---

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	Coseguro del 40% después del Deducible del Plan
-------------------------------	---

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	\$15 suministro máximo para 30-días (no se aplica el Deducible del Plan)
Volver a surtir recetas de la mayoría de los medicamentos genéricos por medio de nuestro servicio de pedidos por correo	\$30 suministro máximo para 100-días (no se aplica el Deducible del Plan)
La mayoría de los artículos de marca en una Farmacia del Plan	\$35 suministro máximo para 30-días (no se aplica el Deducible del Plan)
Volver a surtir recetas de la mayoría de los medicamentos de marca por medio de nuestro servicio de pedidos por correo	\$70 suministro máximo para 100-días (no se aplica el Deducible del Plan)

(continúa)

Formulario De Divulgación

(continuación)

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

Mayoría de los artículos para especialidades en una Farmacia del Plan Coseguro del 30% (sin exceder \$200) suministro máximo para 30-días (no se aplica el Deducible del Plan)

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) Coseguro del 40% (no se aplica el Deducible del Plan)

Servicios de Salud Mental**Usted Paga**

Atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados Coseguro del 40% después del Deducible del Plan
Tratamiento y evaluación individuales de salud mental para pacientes externos \$50 por visita después del Deducible del Plan
Tratamiento grupal de salud mental para pacientes externos \$25 por visita después del Deducible del Plan

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

Desintoxicación como paciente hospitalizado Coseguro del 40% después del Deducible del Plan
Tratamiento y evaluación individuales de trastorno por consumo de sustancias para pacientes externos \$50 por visita después del Deducible del Plan
Tratamiento grupal de trastorno por consumo de sustancias para pacientes externos \$5 por visita después del 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 40% después del Deducible del Plan
Dispositivos protésicos y ortóticos básicos, tal como se describe en el folleto *EOC* (dispositivos protésicos y ortóticos suplementarios no tienen cobertura) Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)
Diagnóstico y tratamiento de la infertilidad e inseminación artificial No está cubierto
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).