

Parte Uno del Formulario de Revelación

University of California

Región Local: Sur del California

1 enero 2025 hasta 31 diciembre 2025

Beneficios Principales Para Kaiser Permanente Traditional 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.

| 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 |

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 | \$30 por visita |
| La mayoría de las Visitas al Especialista Médico..... | \$30 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 |
| Exámenes de ojos de rutina con un Optometrista del Plan | Sin costo |
| Consultas, evaluación y tratamientos de atención urgente..... | \$30 por visita |
| La mayoría de las terapias físicas, ocupacionales y del habla | \$30 por visita |

Consultas de Telesalud

Usted Paga

| | |
|--|-----------|
| Consultas de atención primaria y consultas a especialistas no médicos por video interactivo o por teléfono | Sin costo |
| Consultas a especialistas médicos por video interactivo o por teléfono | Sin costo |

Servicios para Pacientes Ambulatorios

Usted Paga

| | |
|--|-------------------------|
| Cirugía ambulatoria y ciertos otros procedimientos ambulatorios..... | \$100 por procedimiento |
| La mayoría de las inmunizaciones (incluida la vacuna) | Sin costo |
| La mayoría de las radiografías y análisis de laboratorio | Sin costo |

Servicios para Pacientes Hospitalizados

Usted Paga

| | |
|--|--------------------|
| Habitación y comida, cirugía, anestesia, radiografías, análisis de laboratorio y medicamentos..... | \$250 por admisión |
|--|--------------------|

Servicios de Emergencia

Usted Paga

| | |
|--|------------------|
| Visitas al Departamento de Emergencias | \$125 por visita |
|--|------------------|

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

Usted Paga

| | |
|-------------------------------|-----------|
| Servicios de ambulancia | Sin costo |
|-------------------------------|-----------|

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 |
| 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 |
| La mayoría de los artículos de marca (Nivel 2) en una Farmacia del Plan | \$30 suministro máximo para 30-días |
| 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 |
| Mayoría de los artículos para especialidades (Nivel 4) en una Farmacia del Plan | Coseguro del 30% (sin exceder \$150) suministro máximo para 30-días |

(continúa)

Parte Uno del Formulario de Revelación

(continuación)

| Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME) | Usted Paga |
|---|--|
| Artículos de DME como se describe en el folleto <i>EOC</i> | Sin costo |
| Servicios de Salud Mental | Usted Paga |
| Atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados | \$250 por admisión |
| Tratamiento y evaluación individuales de salud mental para pacientes externos | \$30 por visita |
| Tratamiento grupal de salud mental para pacientes externos | \$15 por visita |
| Tratamiento de Trastorno por Consumo de Sustancias | Usted Paga |
| Desintoxicación como paciente hospitalizado | \$250 por admisión |
| Tratamiento y evaluación individuales de trastorno por consumo de sustancias para pacientes externos | \$30 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 |
| Audífonos cada 36 meses..... | Cantidades que superen \$1,000 Asignación para cada oído |
| Atención en una instalación de enfermería especializada (hasta un máximo de 100 días por año calendario) | 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), tales como procedimientos ambulatorios o pruebas de laboratorio, como se describe en el folleto <i>EOC</i> (dos ciclos de tratamiento como máximo de por vida)..... | Coseguro del 50% |

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).