

Parte Uno del Formulario de Revelación

228140 The Garland

Región Local: Sur del California

1 enero 2026 hasta 31 diciembre 2026

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	\$3,000	\$3,000	\$6,000
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	\$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
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

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

Usted Paga

Cirugía ambulatoria y ciertos otros procedimientos ambulatorios.....	\$20 por procedimiento
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

Usted Paga

Habitación y comida, cirugía, anestesia, radiografías, análisis de laboratorio y medicamentos.....	\$100 por día
--	---------------

Usted Paga

Visitas al Departamento de Emergencias	\$100 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).	

Usted Paga

Servicios de ambulancia	\$100 por viaje
-------------------------------	-----------------

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

Parte Uno del Formulario de Revelación

(continuación)

Cobertura de Medicamentos con Receta Médica	Usted Paga
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	\$30 suministro máximo para 30-días
Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME)	Usted Paga
Artículos de DME como se describe en el folleto <i>EOC</i>	Coseguro del 50%
Servicios de Salud Mental	Usted Paga
Atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados.....	\$100 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.....	\$100 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
Servicios de fertilidad (como procedimientos ambulatorios o pruebas de laboratorio) como se describen en la <i>EOC</i> (limitado a tres extracciones de ovocitos a lo largo de la vida)	el costo compartido que pagaría si los servicios fueran para tratar cualquier otra afección

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).