

Formulario De Divulgación

UDW - Riverside
\$30 HMO w/Optical
Member Services 800-464-4000

Beneficios Principales Para Kaiser Permanente Traditional Plan

(1/11/16—31/10/17)

Período de Acumulación

El Período de Acumulación para este plan es del 1/1/16 hasta 31/12/16 (año calendario).

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 (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	\$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
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
Exámenes de audición	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

Servicios para Pacientes Ambulatorios Usted Paga

Cirugía ambulatoria y ciertos otros procedimientos ambulatorios.....	\$100 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 <i>EOC</i>	Sin costo
RMN, la mayoría de TC y TEP	\$50 por procedimiento
Asesoramiento individual en educación para la salud con cobertura	Sin costo
Programas de educación para la salud con cobertura.....	Sin costo

Servicios de Hospitalización Usted Paga

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

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	\$15 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.....	\$30 suministro máximo para 100-días
La mayoría de los artículos de marca en una Farmacia del Plan	\$35 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.....	\$70 suministro máximo para 100-días
Mayoría de los artículos para especialidades en una Farmacia del Plan	\$35 suministro máximo para 30-días

(continúa)

Formulario De Divulgación*(continuación)***Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME)****Usted Paga**

Artículos de DME de acuerdo con nuestras pautas de la lista de DME Coseguro del 50%

Servicios de Salud Mental**Usted Paga**

Atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados \$500 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

Servicios para Farmacodependencia**Usted Paga**

Desintoxicación como paciente hospitalizado \$500 por admisión

Tratamiento y evaluación individuales de farmacodependencia para pacientes
externos \$30 por visita

Tratamiento grupal de farmacodependencia 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**

Anteojos o lentes de contacto cada 24 meses Cantidades que superen \$150 Asignación

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

Prótesis y dispositivos ortopédicos Sin costo

Todos los Servicios relacionados con el tratamiento de la infertilidad con cobertura
..... Coseguro del 50%

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).