

## Formulario De Divulgación

877 IBEW 595 HEALTH TRUST  
Región Local: Norte del California

# Beneficios Principales Para Kaiser Permanente Traditional HMO Plan

(1/2/21—31/1/22)

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<br>(una familia de un solo miembro) | Cobertura para familias<br>Cada miembro en una familia de dos o más miembros | Cobertura para familias<br>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                                                                |

### 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 ..... \$10 por visita  
La mayoría de las Visitas al Especialista Médico ..... \$10 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 ..... \$10 por visita  
La mayoría de las terapias físicas, ocupacionales y del habla ..... \$10 por visita

### Servicios para Pacientes Ambulatorios Usted Paga

Cirugía ambulatoria y ciertos otros procedimientos ambulatorios ..... \$10 por procedimiento  
Antígenos de alergias (incluida la administración) ..... \$3 por visita  
La mayoría de las inmunizaciones (incluida la vacuna) ..... Sin costo  
La mayoría de las radiografías y análisis de laboratorio ..... Sin costo

### Servicios de Hospitalización Usted Paga

Habitación y comida, cirugía, anestesia, radiografías, análisis de laboratorio y medicamentos ..... Sin costo

### Cobertura de Atención de Emergencia Usted Paga

Visitas al Departamento de Emergencias ..... \$75 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 de Hospitalización" 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 en una Farmacia del Plan o por medio de nuestro servicio de pedidos por correo ..... \$10 suministro máximo para 100-días  
La mayoría de los artículos de marca en una Farmacia del Plan o por medio de nuestro servicio de pedidos por correo ..... \$25 suministro máximo para 100-días  
Mayoría de los artículos para especialidades en una Farmacia del Plan ..... \$25 suministro máximo para 30-días

### Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME) Usted Paga

Artículos de DME como se describe en el folleto EOC ..... Sin costo

### Servicios de Salud Mental Usted Paga

Atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados ..... Sin costo  
Tratamiento y evaluación individuales de salud mental para pacientes externos ..... \$10 por visita

(continúa)

**Formulario De Divulgación**

(continuación)

**Servicios de Salud Mental****Usted Paga**

Tratamiento grupal de salud mental para pacientes externos ..... \$5 por visita

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

Desintoxicación como paciente hospitalizado ..... Sin costo

Tratamiento y evaluación individuales de trastorno por consumo de sustancias  
para pacientes externos ..... \$10 por visitaTratamiento 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 costoDispositivos protésicos y ortóticos como se describe en el folleto *EOC* ..... Sin costoServicios para diagnosticar o tratar la infertilidad e inseminación artificial, tales  
como procedimientos ambulatorios o pruebas de laboratorio, como se describe  
en el folleto *EOC* ..... El costo compartido que pagaría si los servicios  
fueran para tratar cualquier otra afección

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).