

## Disclosure Form

UDW – San Diego  
DHMO HO 6215 w/Optical  
Member Services 800-464-4000

## Beneficios principales del Kaiser Permanente Deductible HMO Plan (1/1/17—31/12/17)

### Período de Acumulación

El Período de Acumulación para este plan es del 1/1/17 hasta 31/12/17 (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.

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 (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	\$1,000	\$1,000	\$2,000
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 .....	\$20 por visita (no se aplica el Deducible del Plan)
La mayoría de las Visitas al Especialista Médico .....	\$20 por visita (no se aplica el 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)
Exámenes de audición .....	Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)
Consultas, evaluación y tratamientos de atención urgente .....	\$20 por visita (no se aplica el Deducible del Plan)
La mayoría de las terapias físicas, ocupacionales y del habla .....	\$20 por visita (no se aplica el Deducible del Plan)

### Servicios para Pacientes Ambulatorios Usted Paga

Cirugía ambulatoria y ciertos otros procedimientos ambulatorios .....	Coseguro del 20% después del Deducible del Plan
Inyecciones contra alergias (incluido el suero antialérgico) .....	Sin costo (no se aplica el 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 .....	\$10 por tipo de Servicio (no se aplica el Deducible del Plan)
Radiografías, pruebas de detección y análisis de laboratorio preventivos como se describe en el folleto <i>EOC</i> .....	Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)
RMN, la mayoría de TC y TEP .....	\$50 por procedimiento (no se aplica el Deducible del Plan)
Asesoramiento individual en educación para la salud con cobertura .....	Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)
Programas de educación para la salud con cobertura .....	Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)

### Servicios de Hospitalización Usted Paga

Habitación y comida, cirugía, anestesia, radiografías, análisis de laboratorio y medicamentos .....	Coseguro del 20% después del Deducible del Plan
---	---

### Cobertura de Atención de Emergencia Usted Paga

Visitas al Departamento de Emergencias .....	Coseguro del 20% después del Deducible del Plan
--	---

### Servicios de Ambulancia Usted Paga

Servicios de ambulancia .....	\$150 por viaje (no se aplica el 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 .....	\$10 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 .....	\$20 suministro máximo para 100-días (no se aplica el Deducible del Plan)

(continúa)

**Disclosure Form**

(continuación)

La mayoría de los artículos de marca en una Farmacia del Plan.....	\$30 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.....	\$60 suministro máximo para 100-días (no se aplica el Deducible del Plan)
Mayoría de los artículos para especialidades en una Farmacia del Plan.....	\$30 suministro máximo para 30-días (no se aplica el Deducible del Plan)

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

Artículos de DME de acuerdo con nuestras pautas de la lista de DME.....	Coseguro del 20% (no se aplica el Deducible del Plan)
---	---

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

Atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados.....	Coseguro del 20% después del Deducible del Plan
Tratamiento y evaluación individuales de salud mental para pacientes externos.....	\$20 por visita (no se aplica el Deducible del Plan)
Tratamiento grupal de salud mental para pacientes externos.....	\$10 por visita (no se aplica el Deducible del Plan)

**Servicios para Farmacodependencia****Usted Paga**

Desintoxicación como paciente hospitalizado.....	Coseguro del 20% después del Deducible del Plan
Tratamiento y evaluación individuales de farmacodependencia para pacientes externos.....	\$20 por visita (no se aplica el Deducible del Plan)
Tratamiento grupal de farmacodependencia para pacientes externos.....	\$5 por visita (no se aplica el 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**

Anteojos o lentes de contacto cada 24 meses.....	Cantidades que superen \$150 Asignación (Asignación no está sujeta al Deducible del Plan)
Atención en una instalación de enfermería especializada (hasta un máximo de 100 días por período de beneficios).....	Coseguro del 20% (no se aplica el Deducible del Plan)
Prótesis y dispositivos ortopédicos.....	Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)
Todos los Servicios relacionados con el tratamiento de la infertilidad con cobertura.....	Coseguro del 50% (no se aplica el Deducible del Plan)
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).