Parte Uno del Formulario de Revelación

603211 BLUE DIAMOND GROWERS
Región Local: Norte del California
1 enero 2027 hasta 31 diciembre 2027

Beneficios Principales Para Kaiser Permanente Deductible 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.

Para los servicios sujetos a los deducibles del plan o a los deducibles por medicamentos, deberá pagar cargos por los beneficios 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 sus deducibles 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** (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	$7,000	$7,000	$14,000
Deducible del Plan	$4,000	$4,000	$8,000
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	$40 por visita (no se aplica el Deducible del Plan)
La mayoría de las Visitas al Especialista Médico	$50 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, inclusive)	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)
La mayoría de las consultas, evaluación y tratamientos de atención urgente	$40 por visita (no se aplica el Deducible del Plan)
La mayoría de las terapias físicas, ocupacionales y del habla	$40 por visita después del Deducible del Plan
Consultas de Telesalud	**Usted Paga**
Consultas de atención primaria y consultas a especialistas no médicos por video interactivo o por teléfono	Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)
Consultas a especialistas médicos por video interactivo o por teléfono	Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)
Servicios para Pacientes Ambulatorios	**Usted Paga**
Cirugía ambulatoria y ciertos otros procedimientos ambulatorios	Coseguro del 30% después del 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	$15 por tipo de Servicio después del Deducible del Plan
Radiografías, pruebas de detección y análisis de laboratorio preventivos como se describe en el folleto *EOC*	Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)
RMN, la mayoría de TC y TEP	Coseguro del 30% hasta un máximo de $150 por procedimiento después del Deducible del Plan
Servicios para Pacientes Hospitalizados	**Usted Paga**
Habitación y comida, cirugía, anestesia, radiografías, análisis de laboratorio y medicamentos	Coseguro del 30% después del Deducible del Plan
Atención y Servicios de Emergencia	**Usted Paga**
Visitas al Departamento de Emergencias	Coseguro del 30% después del Deducible del Plan

Nota: Si lo ingresan directamente al hospital como paciente hospitalizado para los beneficios 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).

Parte Uno del Formulario de Revelación

Servicios de Ambulancia	Usted Paga
Servicios de ambulancia	Coseguro del 30% hasta un máximo de $150 por viaje después del 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 (Nivel 1) en una Farmacia del Plan	$15 suministro máximo para 30-días (no se aplica el Deducible del Plan)
Volver a surtir recetas de la mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1) por medio de nuestro servicio de pedidos por correo	$30 suministro máximo para 100-días (no se aplica el Deducible del Plan)
La mayoría de los artículos de marca (Nivel 2) en una Farmacia del Plan	$40 suministro máximo para 30-días (no se aplica el Deducible del Plan)
Volver a surtir recetas de la mayoría de los medicamentos de marca (Nivel 2) por medio de nuestro servicio de pedidos por correo	$80 suministro máximo para 100-días (no se aplica el Deducible del Plan)
Mayoría de los artículos para especialidades (Nivel 4) en una Farmacia del Plan	Coseguro del 30% (sin exceder $250) suministro máximo para 30-días (no se aplica el Deducible del Plan)
Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME)	**Usted Paga**
Artículos de DME como se describe en el folleto *EOC*	Coseguro del 30% (no se aplica el Deducible del Plan)
Servicios de Salud Mental	**Usted Paga**
Atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados	Coseguro del 30% después del Deducible del Plan
Tratamiento y evaluación individuales de salud mental para pacientes externos	$40 por visita (no se aplica el Deducible del Plan)
Tratamiento grupal de salud mental para pacientes externos	$20 por visita (no se aplica el Deducible del Plan)
Tratamiento de Trastorno por Consumo de Sustancias	**Usted Paga**
Desintoxicación como paciente hospitalizado	Coseguro del 30% después del Deducible del Plan
Tratamiento y evaluación individuales de trastorno por consumo de sustancias para pacientes externos	$40 por visita (no se aplica el Deducible del Plan)
Tratamiento grupal de trastorno por consumo de sustancias 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**
Atención en una instalación de enfermería especializada (hasta un máximo de 100 días por período de beneficios)	Coseguro del 30% después del Deducible del Plan
Dispositivos protésicos y ortóticos como se describe en el folleto *EOC*	Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)
Servicios de fertilidad, como procedimientos ambulatorios o pruebas de laboratorio) como se describen en la *EOC* (consulte la *EOC* para conocer los límites de beneficios)	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 beneficios cubiertos, 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).