

Formulario Informativo Parte Uno

500 FONDO FIDUCIARIO DE SALUD Y BIENESTAR DE ALBAÑILES CEMENTEROS PARA EL NORTE DE CALIFORNIA
Región Base: Norte de California 1/1/23 a 12/31/23

Beneficios Principales para el Plan HMO de Kaiser Permanente con Deducible

Período de Acumulación

El período de Acumulación para este plan es desde el 1° de enero hasta el 31 de diciembre.

Máximos Gastos de Bolsillo y Deducibles

Para Servicios que sean aplicables al Máximo Gasto de Bolsillo del Plan, usted no pagará más Costos Compartidos por el resto del Período de Acumulación una vez que haya llegado a los montos listados a continuación.

Para Servicios que estén sujetos al Deducible del Plan o Deducible de Medicamentos, debe pagar Cargos por los Servicios Cubiertos que usted reciba durante el Período de Acumulación hasta llegar a los montos deducibles listados a continuación. Todos los pagos que usted haga contra sus deducibles se aplican a los montos Máximos de Gastos de Bolsillo del Plan listados a continuación.

Montos por Período de Acumulación	Cobertura Personal Solamente	Cobertura Familiar	Cobertura Familiar
	(Familia de un solo Miembro)	Cada Miembro de una Familia de dos o más Miembros	Toda la Familia de dos o más Miembros
Máximo Gasto de Bolsillo del Plan	\$3,000	\$3,000	\$6,000
Deducible del Plan	\$300	\$300	\$900
Deducible para Medicamentos	Ninguno	Ninguno	Ninguno

Visitas al Consultorio del Prestador Bajo el Plan

La mayoría de las Visitas a un Prestador de Atención Primaria y

La mayoría de las Visitas a un Especialista No Médico \$25 por visita (no se aplica el Deducible del Plan)

La mayoría de las Visitas a un Especialista Médico \$45 por visita (no se aplica el Deducible del Plan)

Exámenes de mantenimiento físico de rutina, incluyendo exámenes de

bienestar femenino Sin cargo (no se aplica el Deducible del Plan)

Exámenes preventivos para bienestar del niño hasta los 23 meses

de edad) Sin cargo (no se aplica el Deducible del Plan)

Exámenes de atención pre-natal programados Sin cargo (no se aplica el Deducible del Plan)

Exámenes oculares de rutina con un Optometrista del Plan Sin cargo (no se aplica el Deducible del Plan)

Consultas de atención de urgencia, evaluaciones, y tratamiento \$25 por visita (no se aplica el Deducible del Plan)

Mayoría de las terapias físicas, ocupacionales, y del habla \$25 por visita después del Deducible del Plan

Visitas de Tele-salud

Visitas a Prestador de atención Primaria y Visitas a Especialista No

Médico por video interactivo Sin cargo (no se aplica el Deducible del Plan)

Visitas a Especialista Médico por video interactivo Sin cargo (no se aplica el Deducible del Plan)

Visitas a Prestador de Atención Primaria y Visitas a Especialista No

Médico por teléfono Sin cargo (no se aplica el Deducible del Plan)

Visitas a Especialista Médico por teléfono Sin cargo (no se aplica el Deducible del Plan)

Visitas como Paciente Ambulatorio

Cirugía como paciente ambulatorio y ciertas otras prácticas como

paciente ambulatorio 20% de Coaseguro después del Deducible del Plan

La mayoría de las inmunizaciones (incluyendo la vacuna) Sin cargo (no se aplica el Deducible del Plan)

La mayoría de las radiografías y análisis de laboratorio \$10 por visita después del Deducible del Plan

Radiografías, estudios de detección, y análisis de laboratorio

preventivos como se describe en el EOC Sin cargo (no se aplica el Deducible del Plan)

MRI, la mayoría de las exploraciones con CT, y PET 20% de Coaseguro hasta un máximo de \$50 por práctica después del Deducible del Plan

Servicios de Hospitalización

Habitación y comida, cirugía, anestesia, radiografías, análisis de

laboratorio y medicamentos 20% de Coaseguro después del Deducible del Plan

Cobertura de Salud de Emergencia

Visitas al Departamento de Emergencia 20% de Coaseguro después del Deducible del Plan

Nota: Si usted es admitido en el hospital directamente como paciente interno para Servicios cubiertos, pagará el Costo Compartido como paciente interno en lugar del Costo Compartido del Departamento de Emergencia (ver "Servicios de Hospitalización" para Costo Compartido como paciente interno)

Servicios de Ambulancia

Servicios de Ambulancia 20% de Coaseguro después del Deducible del Plan

Cobertura de Medicamentos Recetados

Ítems cubiertos como paciente ambulatorio de acuerdo con las directivas de nuestro formulario de medicamentos

(continúa)

Formulario Informativo Parte Uno*(continuación)*

La mayoría de los genéricos (Nivel 1) en una Farmacia del Plan	\$15 hasta un suministro de 30 días (no se aplica el deducible del plan)
La mayoría de los genéricos (Nivel 1) reaprovisionamientos a través de nuestro servicio por correo	\$30 hasta un suministro de 100 días (no se aplica el deducible del plan)
La mayoría de los ítems de marca (Nivel 2) en una Farmacia del Plan	\$30 hasta un suministro de 30 días (no se aplica el deducible del plan)
La mayoría de ítems de marca (Nivel 2) reaprovisionamientos a través de nuestro servicio por correo	\$60 hasta un suministro de 100 días (no se aplica el deducible del plan)
La mayoría de las especialidades (Nivel 4) en una Farmacia del Plan	\$30 hasta un suministro de 30 días (no se aplica el deducible del plan)

Equipamiento Médico Durable (DME)**Usted Paga**

Elementos DME según se describe en el *EOC*.....20% de Coaseguro (no se aplica el Deducible del Plan)

Servicios de Salud Mental**Usted Paga**

Hospitalización psiquiátrica internado20% de Coaseguro después del Deducible del Plan
 Evaluación y tratamiento de salud mental individual como paciente ambulatorio\$25 por visita (no se aplica el Deducible del Plan)
 Tratamiento de salud mental grupal como paciente ambulatorio.....\$12 por visita (no se aplica el Deducible del Plan)

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

Desintoxicación como paciente interno20% de Coaseguro después del Deducible del Plan
 Evaluación y tratamiento de trastorno por uso de sustancias como paciente externo individual\$25 por visita (no se aplica el Deducible del Plan)
 Tratamiento de trastorno por uso de sustancias como paciente externo grupal\$5 por visita (no se aplica el Deducible del Plan)

Servicios de Salud en Domicilio**Usted Paga**

Atención de salud en domicilio (hasta 100 visitas por Período de Acumulación) Sin cargo (no se aplica el Deducible del Plan)

Otros**Usted Paga**

Atención en centro de enfermería especializada (hasta 100 días por período de beneficio).....20% de Coaseguro después del Deducible del Plan
 Dispositivos de prótesis y ortótica según se describen en el *EOC* Sin cargo (no se aplica el Deducible del Plan)
 Diagnóstico y tratamiento de infertilidad e inseminación artificial (tales como prácticas como paciente externo o análisis de laboratorio) según se describen en el *EOC*..... ver *EOC* para Costo Compartido
 Servicios de tecnología reproductiva asistida ("ART") No cubiertos
 Atención en hospicio..... Sin cargo (no se aplica el Deducible del Plan)

Este es un resumen de los beneficios acerca de los cuales se reciben más preguntas. Esta tabla no explica los beneficios, el Costo Compartido, máximos gastos de bolsillo, exclusiones, o limitaciones, ni enumera todos los beneficios y montos de costos compartidos. Para una explicación completa, por favor refiérase al *EOC*. Por favor tenga presente que nosotros proporcionamos todos los beneficios que se requieren por ley (por ejemplo, suministros para pruebas de diabetes).