

Parte Uno del Formulario de Revelación

235956 Sares-Regis Operating Company, LP
Región Local: Sur del California
1 enero 2026 hasta 31 diciembre 2026

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 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 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	\$3,000	\$3,000	\$6,000
Deductible del Plan	\$1,500	\$1,500	\$3,000
Deductible del Medicamento	Ninguno	Ninguno	Ninguno

Visitas al Consultorio de un Proveedor del Plan

La mayoría de las Visitas de Atención Médica Primaria y la mayoría de las Visitas al Especialista no Médico \$30 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) 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)

Consultas, evaluación y tratamientos de atención urgente \$30 por visita (no se aplica el Deducible del Plan)

La mayoría de las terapias físicas, ocupacionales y del habla \$30 por visita después del Deducible del Plan

Usted Paga

Consultas de Telesalud

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)

Usted Paga

Servicios para Pacientes Ambulatorios

Cirugía ambulatoria y ciertos otros procedimientos ambulatorios Coseguro del 20% 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 Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)

RMN, la mayoría de TC y TEP Sin costo después del Deducible del Plan

Usted Paga

Servicios para Pacientes Hospitalizados

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

Usted Paga

Servicios de Emergencia y Atención

Visitas al Departamento de Emergencias \$200 por visita (no se aplica el Deducible del Plan)

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 para Pacientes Hospitalizados" a fin de conocer el Costo Compartido para pacientes hospitalizados).

Usted Paga

Servicios de ambulancia \$200 por viaje después del Deducible del Plan

Usted Paga

Cobertura de Medicamentos con Receta Médica

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)

Parte Uno del Formulario de Revelación

(continuación)

Cobertura de Medicamentos con Receta Médica

	Usted Paga
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	\$40 suministro máximo para 30-días (no se aplica el Deducible del Plan)

Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME)

Artículos de DME como se describe en el folleto EOC

Usted Paga

Coseguro del 20% (no se aplica el Deducible del Plan)

Servicios de Salud Mental

Atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados
Tratamiento y evaluación individuales de salud mental para pacientes externos
Tratamiento grupal de salud mental para pacientes externos

Usted Paga

Coseguro del 20% después del Deducible del Plan
\$30 por visita (no se aplica el Deducible del Plan)
\$15 por visita (no se aplica el Deducible del Plan)

Tratamiento de Trastorno por Consumo de Sustancias

Desintoxicación como paciente hospitalizado
Tratamiento y evaluación individuales de trastorno por consumo de sustancias para pacientes externos
Tratamiento grupal de trastorno por consumo de sustancias para pacientes externos

Usted Paga

Coseguro del 20% después del Deducible del Plan
\$30 por visita (no se aplica el Deducible del Plan)
\$15 por visita (no se aplica el Deducible del Plan)

Servicios de Atención Médica en el Hogar

Atención médica en el hogar (hasta un máximo de 120 visitas por Período de Acumulación)

Usted Paga

Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)
--

Otros Servicios

Audífonos cada 36 meses

Usted Paga

Cantidades que superen \$1,000 Asignación para cada oído (Asignación no está sujeta al Deducible del Plan)
--

Atención en una instalación de enfermería especializada (hasta un máximo de 120 días por año calendario)
--

Coseguro del 20% 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)
--

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 Servicios, 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).