

Producto	Plan	Deducible del plan (individual/familiar) ¹	Desembolsos máximos (individual/familiar) ²	Visita al consultorio de atención primaria	Consulta al especialista	Servicios para pacientes hospitalizados	Medicamentos recetados (genéricos/de marca/especiales)	Disponible en Covered California
Planes de la Organización para el mantenimiento de la salud (HMO)	Gold 80 HMO 0/35 con beneficios dentales para niños	\$0/\$0	\$6,200/\$12,400	\$35	\$55	\$655 por día hasta 5 días por cada admisión	\$15/\$50/20% por receta médica, hasta un máximo de \$250	Sí
	Platinum 90 HMO 0/15 con beneficios dentales para niños	\$0/\$0	\$2,500/\$5,000	\$15	\$15	\$250 por admisión	\$5/\$15/10% por receta médica, hasta un máximo de \$250	Sí
	Platinum 90 HMO 0/20 con beneficios dentales para niños	\$0/\$0	\$4,000/\$8,000	\$20	\$40	\$290 por día hasta 5 días por cada admisión	\$5/\$15/10% por receta médica, hasta un máximo de \$250	Sí
Planes de la Organización para el mantenimiento de la salud (HMO) con deducible	Bronze 60 HMO 6000/70 con beneficios dentales para niños	\$6,000/\$12,000	\$6,500/\$13,000	\$70 después del deducible	\$90 después del deducible	100% hasta alcanzar los gastos máximos de bolsillo ³	100% por receta médica, hasta un máximo de \$500 después del deducible de medicamentos de \$500	Sí
	Silver 70 HMO 1000/50 con beneficios dentales para niños	\$1,000/\$2,000	\$6,500/\$13,000	\$50	\$50	30% después del deducible	\$25/\$50/20% por receta médica, hasta un máximo de \$250	Sí
	Silver 70 HMO 1500/45 con beneficios dentales para niños	\$1,500/\$3,000	\$6,500/\$13,000	\$45	\$70	20% después del deducible	\$15/\$55 después del deducible de medicamentos de \$250/ 20% por receta médica hasta un máximo de \$250 después del deducible de medicamentos de \$250	Sí
	Gold 80 HMO 500/30 con beneficios dentales para niños	\$500/\$1,000	\$6,250/\$12,500	\$30	\$30	\$600 por día hasta 5 días por cada admisión, después del deducible	\$15/\$50/20% por receta médica, hasta un máximo de \$250	Sí
Plan que califica para una cuenta de ahorros de salud (HSA)	Bronze 60 HSA HMO 4500/40% con beneficios dentales para niños	\$4,500/\$9,000	\$6,500/\$13,000	40% después del deducible	40% después del deducible	40% después del deducible	40% después del deducible del plan	Sí
Plan con cuenta de reembolsos para gastos médicos (HRA)	Gold 80 HRA HMO 2000/30 con beneficios dentales para niños	\$2,000/\$4,000	\$6,250/\$12,500	\$30	\$30	20% después del deducible	\$15/\$30/20% por receta médica, hasta un máximo de \$250	No
Planes de la Organización de Proveedores Preferidos (PPO)	Bronze 60 PPO 6000/70 con beneficios dentales para niños	Dentro de la red: \$6,000/\$12,000 Fuera de la red: \$12,000/\$24,000	Dentro de la red: \$6,500/\$13,000 Fuera de la red: \$13,000/\$26,000	Dentro de la red: \$70 después del deducible Fuera de la red: 100% hasta alcanzar los gastos máximos de bolsillo ³	Dentro de la red: \$90 después del deducible Fuera de la red: 100% hasta alcanzar los gastos máximos de bolsillo ³	Dentro de la red: 100% hasta alcanzar los gastos máximos de bolsillo ³ Fuera de la red: 100% hasta alcanzar los gastos máximos de bolsillo	100% por receta médica, hasta un máximo de \$500 después del deducible de medicamentos de \$500	No
	Silver 70 PPO 1500/45 con beneficios dentales para niños	Dentro de la red: \$1,500/\$3,000 Fuera de la red: \$3,000/\$6,000	Dentro de la red: \$6,500/\$13,000 Fuera de la red: \$13,000/\$26,000	Dentro de la red: \$45 después del deducible Fuera de la red: 40% después del deducible	Dentro de la red: \$70 después del deducible Fuera de la red: 40% después del deducible	Dentro de la red: 20% después del deducible Fuera de la red: 40% después del deducible	\$15/\$55 después del deducible de medicamentos de \$250/ 20% por receta médica hasta un máximo de \$250 después del deducible de medicamentos de \$250	No
	Gold 80 PPO 0/35 con beneficios dentales para niños	Dentro de la red: \$0/\$0 Fuera de la red: \$1,000/\$2,000	Dentro de la red: \$6,200/\$12,400 Fuera de la red: \$12,400/\$24,800	Dentro de la red: \$35 después del deducible Fuera de la red: 40% después del deducible	Dentro de la red: \$55 después del deducible Fuera de la red: 40% después del deducible	Dentro de la red: 20% después del deducible Fuera de la red: 40% después del deducible	\$15/\$50/20% por receta médica, hasta un máximo de \$250	No
	Platinum 90 PPO 0/20 con beneficios dentales para niños	Dentro de la red: \$0/\$0 Fuera de la red: \$500/\$1,000	Dentro de la red: \$4,000/\$8,000 Fuera de la red: \$8,000/\$16,000	Dentro de la red: \$20 después del deducible Fuera de la red: 30% después del deducible	Dentro de la red: \$40 después del deducible Fuera de la red: 30% después del deducible	Dentro de la red: 10% después del deducible Fuera de la red: 30% después del deducible	\$5/\$15/10% por receta médica, hasta un máximo de \$250	No

Este es solo un resumen. No describe completamente la cobertura para cada plan. Para obtener información detallada sobre la cobertura, incluidas las exclusiones, limitaciones y términos de cada plan, contacte con un representante de Kaiser Permanente o consulte su acuerdo de servicios.

¹ Deducible del plan para un suscriptor individual y para un suscriptor con uno o más dependientes.

² Gastos máximos de bolsillo para un suscriptor individual y para un suscriptor con uno o más dependientes.

³ Incluso después de alcanzar el deducible, los miembros continúan pagando el 100% del coseguro para beneficios seleccionados hasta alcanzar los gastos máximos de bolsillo. Una vez alcanzados los gastos máximos de bolsillo, no deberán pagar ningún cargo por los servicios cubiertos.

Esta información podría haber sido modificada desde su publicación.