

Parte Uno del Formulario de Revelación

SISC-SELF INSURED SCHOOLS OF CALIFORNIA
Región Local: California
1 octubre 2024 hasta 30 septiembre 2025

Beneficios Principales Para Kaiser Permanente Traditional HMO Plan

Periodo de Acumulación

El Periodo 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 Periodo de Acumulación restante cuando haya alcanzado los montos que se indican a continuación.

Montos por Periodo 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	\$1,500	\$1,500	\$3,000
Deducible del Plan	Ninguno	Ninguno	Ninguno
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	\$20 por visita
La mayoría de las Visitas al Especialista Médico.....	\$20 por visita
Exámenes físicos de mantenimiento de rutina, incluidos exámenes para la mujer sana	Sin costo
Exámenes preventivos del niño sano (hasta los 23 meses de edad)	Sin costo
Exámenes prenatales programados	Sin costo
Exámenes de ojos de rutina con un Optometrista del Plan	Sin costo
Consultas, evaluación y tratamientos de atención urgente.....	\$20 por visita
La mayoría de las terapias físicas, ocupacionales y del habla	\$20 por visita

Consultas de Telesalud

Usted Paga

Consultas de atención primaria y consultas a especialistas no médicos por video interactivo	Sin costo
Consultas a especialistas médicos por video interactivo	Sin costo
Consultas de atención primaria y consultas a especialistas no médicos por teléfono.....	Sin costo
Consultas a especialistas médicos por teléfono	Sin costo

Servicios para Pacientes Ambulatorios

Usted Paga

Cirugía ambulatoria y ciertos otros procedimientos ambulatorios.....	\$20 por procedimiento
La mayoría de las inmunizaciones (incluida la vacuna)	Sin costo
La mayoría de las radiografías y análisis de laboratorio	Sin costo

Servicios para Pacientes Hospitalizados

Usted Paga

Habitación y comida, cirugía, anestesia, radiografías, análisis de laboratorio y medicamentos.....	Sin costo
--	-----------

Servicios de Emergencia

Usted Paga

Visitas al Departamento de Emergencias	\$100 por visita
--	------------------

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).

Servicios de Ambulancia

Usted Paga

Servicios de ambulancia	\$50 por viaje
-------------------------------	----------------

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 o por medio de nuestro servicio de pedidos por correo	\$10 suministro máximo para 100-días
La mayoría de los artículos de marca (Nivel 2) en una Farmacia del Plan o por medio de nuestro servicio de pedidos por correo	\$20 suministro máximo para 100-días
Mayoría de los artículos para especialidades (Nivel 4) en una Farmacia del Plan	\$20 suministro máximo para 30-días

Parte Uno del Formulario de Revelación

(continuación)

Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME)	Usted Paga
Artículos de DME como se describe en el folleto <i>EOC</i>	Sin costo
Servicios de Salud Mental	Usted Paga
Atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados	Sin costo
Tratamiento y evaluación individuales de salud mental para pacientes externos	\$20 por visita
Tratamiento grupal de salud mental para pacientes externos	\$10 por visita
Tratamiento de Trastorno por Consumo de Sustancias	Usted Paga
Desintoxicación como paciente hospitalizado	Sin costo
Tratamiento y evaluación individuales de trastorno por consumo de sustancias para pacientes externos	\$20 por visita
Tratamiento grupal de trastorno por consumo de sustancias para pacientes externos	\$5 por visita
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
Otros Servicios	Usted Paga
Anteojos o lentes de contacto:	
Montura para los anteojos cada 24 meses	Cantidades que superen \$150 Asignación
Anteojos regulares cada 12 meses	Sin costo
Lentes de contacto cada 12 meses	Cantidades que superen \$150 Asignación
Audífonos cada 36 meses	Cantidades que superen \$500 Asignación por aparato
Atención en una instalación de enfermería especializada (hasta un máximo de 100 días por período de beneficios)	Sin costo
Dispositivos protésicos y ortóticos como se describe en el folleto <i>EOC</i>	Sin costo
Servicios para diagnosticar o tratar la infertilidad e inseminación artificial, tales como procedimientos ambulatorios o pruebas de laboratorio, como se describe en el folleto <i>EOC</i>	El costo compartido que pagaría si los servicios fueran para tratar cualquier otra afección
Servicios de tecnología de reproducción asistida ("ART", por sus siglas en inglés)	No está cubierto
Atención de hospicio	Sin costo

Cobertura de Quiropráctica y Acupuntura (con ASH Plans)

Usted Paga

Hasta un total combinado de 30 consultas de Quiropráctica y Acupuntura \$10 por visita

Kaiser Permanente contrata con American Specialty Health Plans (ASH) para los servicios de Quiropráctica y Acupuntura. Miembros deben recibir los beneficios con los proveedores participantes de ASH. ASH Plans contrata a Proveedores Participantes de ASH y a otros proveedores con licencia para prestar Servicios Quiroprácticos y de Acupuntura cubiertos. Debe recibir estos servicios de parte de un Proveedor Participante de ASH u otro proveedor con licencia contratado por ASH, excepto para Servicios Quiroprácticos y de Acupuntura de Emergencia o De Urgencia, y aquellos Servicios que no estén disponibles a través de los proveedores contratados con autorización previa de ASH Plans. Para obtener la lista completa de los Proveedores Participantes de ASH, visite el sitio web de ASH Plans en ashlink.com/ash/kaisercamedicare (en inglés) para miembros de Kaiser Permanente Senior Advantage o ashlink.com/ash/kp (en inglés) para los demás miembros, o llame al Departamento de Servicio al Cliente de ASH Plans al **1-800-678-9133 (TTY 711)**. La lista de Proveedores Participantes de ASH esta sujeta a cambios en cualquier momento y sin previo aviso.

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).