

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 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
Deducible del Plan	\$500	\$500	\$1,000
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	\$20 por visita (no se aplica el Deducible del Plan)
La mayoría de las Visitas al Especialista Médico	\$20 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 prenatales programados	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	\$20 por visita (no se aplica el Deducible del Plan)
La mayoría de las terapias físicas, ocupacionales y del habla	\$20 por visita (no se aplica el Deducible del Plan)

Consultas de Telesalud

Usted Paga

Consultas de atención primaria y consultas a especialistas no médicos por video interactivo	Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)
Consultas a especialistas médicos por video interactivo	Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)
Consultas de atención primaria y consultas a especialistas no médicos por teléfono	Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)
Consultas a especialistas médicos 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 10% 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	\$10 por tipo de Servicio (no se aplica el 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 10% hasta un máximo de \$50 por procedimiento (no se aplica el Deducible del Plan)

Servicios para Pacientes Hospitalizados

Usted Paga

Habitación y comida, cirugía, anestesia, radiografías, análisis de laboratorio y medicamentos	Coseguro del 10% después del Deducible del Plan
---	---

Servicios de Emergencia

Usted Paga

Visitas al Departamento de Emergencias	Coseguro del 10% después del 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).	

Servicios de Ambulancia

Usted Paga

Servicios de ambulancia	\$150 por viaje (no se aplica el Deducible del Plan)
-------------------------	--

(continúa)

Parte Uno del Formulario de Revelación

(continuación)

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

\$10 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

\$20 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

\$30 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

\$60 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

\$30 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 20% (no se aplica el Deducible del Plan)

Servicios de Salud Mental**Usted Paga**

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

Coseguro del 10% después del Deducible del

externos

\$20 por visita (no se aplica el Deducible del Plan)

Tratamiento grupal de salud mental para pacientes externos

\$10 por visita (no se aplica el Deducible del Plan)

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

Desintoxicación como paciente hospitalizado Plan Tratamiento y evaluación individuales de trastorno por consumo de

Coseguro del 10% después del Deducible del

sustancias para pacientes externos

\$20 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**

Anteojos o lentes de contacto:

Montura para los anteojos cada 24 meses

Cantidades que superen \$150 Asignación (Asignación no está sujeta al Deducible del Plan)

Anteojos regulares cada 12 meses

Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)

Lentes de contacto cada 12 meses

Cantidades que superen \$150 Asignación (Asignación no está sujeta al Deducible del Plan)

Audífonos cada 36 meses

Cantidades que superen \$500 Asignación por aparato (Asignación no está sujeta al Deducible del Plan)

Atención en una instalación de enfermería especializada (hasta un máximo de 100 días por período de beneficios)

Coseguro del 10% (no se aplica el Deducible del Plan)

Dispositivos protésicos y ortopédicos como se describe en el folleto *EOC*

Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)

Servicios para diagnosticar o tratar la infertilidad e inseminación

artificial, tales como procedimientos ambulatorios o pruebas de laboratorio, como se describe en el folleto *EOC*

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 (no se aplica el Deducible del Plan)

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).