

Resumen de los beneficios del plan médico



Resumen del plan KPNW
Fecha de entrada en vigencia: 1/8/2020

Este es un breve resumen de beneficios. ESTE DOCUMENTO NO ES UN CONTRATO NI CERTIFICADO DE COBERTURA. Todas las descripciones de beneficios, entre ellas el cuidado alternativo, son servicios médicamente necesarios. Se le cobrará al miembro el monto más bajo de los costos compartidos relativos al servicio cubierto o el cargo real por dicho servicio. Si desea conocer las disposiciones completas de la cobertura, entre ellas las limitaciones, consulte su certificado de cobertura. De conformidad con la Ley de Atención Médica Asequible y Protección al Paciente del 2010:

- El máximo vitalicio (en dólares) de los beneficios de salud fundamentales cubiertos deja de ser aplicable. Los miembros cuyas coberturas se den por terminadas debido a que alcanzaron el límite vitalicio derivado de este plan son elegibles para volver a inscribirse a este plan.
- Solo proveedores de la agencia: los hijos dependientes que sean menores de veintiséis (26) años son elegibles para inscribirse a este plan. Usted será responsable de pagar el costo completo de la prima de sus dependientes. Comuníquese con su empleador para conocer las tarifas de la prima.

Máximo de gastos por cuenta propia	
Visitas al consultorio	
Para un miembro	\$1,250
Para toda una familia	\$2,500
Visitas al consultorio	
Examen físico preventivo de rutina	\$0
Atención primaria	\$15
Atención especializada	\$15
Atención de urgencias	\$30
Pruebas	
Pruebas preventivas	\$0
Pruebas de laboratorio	\$0
Rayos X, escaneo y procedimientos especiales de diagnóstico	\$0
TC, IMR y examen por TEP	\$50 por visita al departamento
Medicamentos (ambulatorio)	
Medicamentos con prescripción (suministro de hasta 30 días)	\$5 genérico/\$20 marca preferida/\$50 marca no preferida
Medicamentos con prescripción pedidos por correo (suministro de hasta 90 días)	\$10 genérico/\$50 marca preferida/\$100 marca no preferida
Medicamentos administrados, entre ellos, inyecciones (en todos los centros de servicios ambulatorios)	\$0
Visita al consultorio de tratamientos de enfermería para recibir inyecciones	\$5
Atención durante la maternidad	
Cuidado prenatal programado y primera consulta posparto	\$0
Pruebas de laboratorio	\$0
Rayos X, escaneo y procedimientos especiales de diagnóstico	\$0
Servicios hospitalarios	\$100 por hospitalización
Infertilidad	
Servicios médicos y quirúrgicos para el tratamiento de la esterilidad e infertilidad, así como servicios relacionados	Se cubren y están sujetos a los costos compartidos correspondientes por concepto de servicios ambulatorios, con máximo vitalicio de \$30,000. Incluye inseminación artificial, fertilización in vitro y reproducción asistida, entre ellas, transferencia intrafalopiana de gametos (TIG) y transferencia intrafalopiana de cigotos (TIC). Medicamentos para la fertilidad: se cubren y están sujetos al coaseguro del plan del 50 %, con máximo vitalicio de \$5,000.

Resumen de los beneficios del plan médico - Kaiser Permanente Northwest (continuación)

Servicios (continuación)	
Servicios hospitalarios	
Servicios de desplazamiento (por transporte)	\$75
Visita al departamento de urgencias	\$200 (se exonera si es hospitalizado)
Servicios hospitalarios	\$100 por hospitalización
Visita para radioterapia/quimioterapia	\$15
Equipo médico duradero, dispositivos protésicos externos y dispositivos ortopédicos	Coaseguro del 20 %
Terapia ocupacional, del habla y fisioterapia (hasta 20 visitas por tipo de terapia y por año calendario)	\$15
Servicios de los centros de enfermería especializada	
Servicios hospitalarios de enfermería especializada (hasta 100 días por año calendario)	\$0
Servicios contra la dependencia de sustancias químicas	
Servicios ambulatorios (mitad del valor del copago para visitas grupales)	\$0
Servicios hospitalarios y residenciales	\$100 por hospitalización
Servicios de salud mental	
Servicios ambulatorios (mitad del valor del copago para visitas grupales)	\$0
Servicios hospitalarios y residenciales	\$100 por hospitalización
Cuidado alternativo	
Cuidado alternativo (autorremisión)	\$15 por visita al quiropráctico (máximo 12 visitas). Se requiere una autorización previa para visitas adicionales
Servicios para la visión	
Examen ocular de rutina (durante el primer mes siguiente a haber cumplido 19 años)	\$0
Dispositivos de visión y servicios ópticos (durante el primer mes siguiente a haber cumplido 19 años)	Sin cargo para lentes de gafas, monturas o lentes de contacto (cada 12 meses)
Examen ocular de rutina (mayores de 19 años)	\$10
Dispositivos de visión y servicios ópticos (mayores de 19 años)*	Subsidio inicial de hasta \$300 para gafas o lentes de contacto, solo una vez al año
Servicios auditivos	
Dispositivos auditivos	Cubiertos por un beneficio separado: EPIC Hearing. Sin copago, cada 3 años recibe hasta \$1,200 por cada oreja para cubrir los costos de un audífono. Obtenga más información en myseiu.be/hearing

* No se incluye en el máximo de gastos por cuenta propia ningún monto que pague por servicios cubiertos.

Características adicionales

Acceso en línea en cualquier lugar y momento sin costos adicionales: kp.org	Programación de citas Evaluación de riesgos para la salud - herramienta personal en línea para miembros	17 consultorios odontológicos The Portland Clinic (7 sedes) Asesoría de enfermería disponible las 24 horas	Descuentos en clubes enfocados en el acondicionamiento físico Suplementos y vitaminas
Acceso a los registros médicos Recarga de prescripciones Comunicación por correo electrónico con el médico	Centros y servicios: kp.org/facilities 37 consultorios médicos	Servicios de asesoramiento relativo a la salud Descuentos para miembros: kp.org/choosehealthy Programa CHP Active and Healthy	Cuidado quiropráctico y alternativo
Revisión de los resultados de laboratorio	8 lugares de atención de urgencias		

Exclusiones y limitaciones: los servicios que se mencionan a continuación están completamente excluidos de la cobertura o están parcialmente limitados. Esta sección es aplicable a todos los servicios que de otro modo podrían estar cubiertos y es un complemento a las exclusiones y limitaciones que solo son aplicables a un servicio en particular, tal y como se menciona en la descripción de dicho servicio en la constancia de cobertura (EOC). Para obtener una lista y descripción completas de las exclusiones y limitaciones, consulte la EOC. La acupuntura, salvo que el grupo de su empleador haya adquirido la "cobertura de servicios de cuidado alternativo". La quiropráctica, salvo que el grupo de su empleador haya adquirido la "cobertura de servicios de cuidado alternativo" o "la cobertura de servicios quiroprácticos" (para cuidado quiropráctico autorremitado). Servicios estéticos: esta exclusión no es aplicable a los servicios que estén cubiertos en virtud de los "servicios de cirugía reconstructiva" en la sección "Beneficios" de la EOC. Servicios de custodia. Servicios dentales. Donaciones de sangre designadas. Responsabilidad del empleador: no le reembolsamos al empleador montos por concepto de servicio alguno que se haya visto obligado a prestar en virtud de la ley. Servicios de investigación o experimentales. Cirugía ocular: queratotomía radial, queratectomía fotorrefractiva y cirugía refractiva, incluyendo exámenes para los procedimientos. Servicios familiares: servicios prestados por uno de sus familiares directos. Pruebas genéticas. Audífonos, salvo que su grupo haya adquirido la "cobertura de audífonos". Hipnoterapia. Servicios de infertilidad, salvo que su grupo haya adquirido la "cobertura de servicios para tratar la infertilidad". Servicios intermedios: se excluyen los servicios prestados en un centro de cuidados intermedios. Ayudas para visión reducida. Servicios de terapia de masaje, salvo que el grupo de su empleador haya adquirido la "cobertura de servicios de cuidado alternativo". Servicios de naturopatía, salvo que el grupo de su empleador haya adquirido la "cobertura de servicios de cuidado alternativo". Servicios que médicamente no son necesarios. Servicios relacionados con un servicio no cubierto. Servicios que no sean servicios, suministros ni artículos de atención médica. Cuidado asistencial y otros servicios. Maternidad subrogada. Servicios relacionados con un acuerdo de maternidad subrogada, salvo aquellos que estén cubiertos de otro modo y se presten a un miembro que sea madre sustituta. Desplazamientos y alojamiento. Servicios de viaje. Todos los servicios relacionados con viajes, entre ellos, vacunas solo para antes de viajar (por ejemplo, contra la fiebre amarilla, la tifoidea y la encefalitis japonesa), salvo que su grupo haya adquirido la "cobertura de servicios de viaje". Servicios ópticos y dispositivos de visión, salvo que su grupo haya adquirido una "cobertura de servicios ópticos y dispositivos de visión para adultos" y/o "cobertura de servicios ópticos y dispositivos de visión pediátricos". Terapia visual y ortopédica o ejercicios oculares. Este documento no es un contrato. Este resumen de beneficios no describe por completo su cobertura de beneficios con Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest. Para obtener más información sobre la cobertura de beneficios, revisión de quejas y procedimientos de adjudicación, consulte su EOC o llame a servicios para los afiliados. En caso de que surjan conflictos entre este resumen y la EOC, esta última prevalecerá.