



Std DHMO6C 2018

Deducible (Individual / Familiar)	\$5,000 / \$10,000
Coseguro máximo de su propio bolsillo (Individual / Familiar)	\$5,500 / \$11,000
Beneficio máximo mientras tenga cobertura	Sin Limite ¹
Coseguro	El plan paga el 100% después del deducible anual
Beneficios	Usted paga
Servicios en consultorios Atención primaria (incluidos los servicios rutinarios de laboratorio y radiología) Atención especializada (incluidos los servicios rutinarios de laboratorio y radiología) Servicios radiológicos de alta tecnología (RM, TC, TEP y otros realizados en un consultorio o centro independiente) Servicios preventivos Maternidad (obstetra/enfermera partera)	Copago de \$30 Copago de \$40 El plan paga el 100% después del deducible anual El plan paga el 100% El plan paga el 100%
Servicios de pacientes ambulatorios Terapias física y ocupacional (hasta 20 visitas por año) Hospital o instalación quirúrgica de pacientes ambulatorios Servicios de laboratorio y radiología (realizados en un entorno hospitalario de pacientes ambulatorios) Servicios radiológicos de alta tecnología (RM, TC, TEP y otros realizados en un entorno hospitalario de pacientes ambulatorios) Cargos de médicos y otros profesionales	El plan paga el 100% después del deducible anual El plan paga el 100% después del deducible anual El plan paga el 100% después del deducible anual El plan paga el 100% después del deducible anual El plan paga el 100% después del deducible anual
Servicios de emergencia Servicios de emergencia (por visita; se exonera si lo admiten) Atención urgente después del horario normal (por visita) Ambulancia (por viaje)	El plan paga el 100% después del deducible anual Copago de \$60 El plan paga el 100% después del deducible anual
Servicios de pacientes hospitalizados Hospital (cargos de la instalación) Cargos de médicos y otros profesionales	El plan paga el 100% después del deducible anual El plan paga el 100% después del deducible anual

Std DHMO6C 2018 Legacy Mechanical Services

<p>Servicios de salud mental y farmacodependencia</p> <p>Salud mental como paciente ambulatorio (Sin Limite) Instalación de salud mental de pacientes hospitalizados (Sin Limite) Profesional de salud mental de pacientes hospitalizados</p>	<p>Copago de \$30</p> <p>El plan paga el 100% después del deducible anual</p> <p>El plan paga el 100% después del deducible anual</p>
<p>Servicios de farmacia</p> <p>Medicamentos genéricos de preventiva</p> <p>Medicamentos genéricos de preferencia</p> <p>Medicamentos de marca</p> <p>Medicamentos de marca de especialidad Máximo beneficio</p> <p>Farmacia de pedido por correo (2 copagos por suministro para 90 días)</p>	<p>\$5 en farmacias de Kaiser Permanente y \$15 en farmacias de la red</p> <p>\$15 en farmacias de Kaiser Permanente y \$25 en farmacias de la red</p> <p>\$30 en farmacias de Kaiser Permanente y \$40 en farmacias de la red</p> <p>20% (\$300 máximo) en farmacias de Kaiser Permanente y 20% en farmacias de la red</p> <p>Sin Limite ¹</p> <p>Disponible para pedido por correo</p>
<p>Otros servicios</p> <p>Equipo médico duradero / Aparatos protésicos y ortóticos</p> <p>Examen de la vista</p> <p>Servicios quiroprácticos (hasta 20 visitas por año)</p> <p>Solo diagnóstico por infertilidad</p>	<p>El plan paga el 100% después del deducible anual</p> <p>Copago de \$40</p> <p>Copago de \$40</p> <p>Copago de \$40</p>
<p>Selección de médico de atención primaria (PCP)</p>	<p>Si no se selecciona a un PCP durante la inscripción, se asignará uno basándose en la dirección residencial del suscriptor.</p>
<p>Servicio al Cliente</p>	<p>(404) 261-2590 (888) 865-5813 sin costo De lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m.</p>
<p>Referencias</p>	<p>Referencia por cuenta propia para la atención de salud mental/farmacodependencia, dermatología, oftalmología, optometría y obstetricia/ginecología. Toda la demás atención especializada requiere una referencia de su PCP.</p>