

**Nombre del grupo**

	Dentro de la red Proveedores de Kaiser Permanente/ proveedores de la red	Fuera de la red Proveedores no participantes
Deducible (individual/familiar)	\$2,000/\$4,000	\$4,000/\$8,000
Desembolso máximo (individual/familiar) <i>incluye el deducible, el coseguro y los copagos de los beneficios de salud esenciales</i>	\$5,500/\$11,000	\$11,000/\$22,000
Beneficio máximo mientras tenga cobertura	Ilimitado	Ilimitado
Coseguro (después del deducible)	10%	30%
Beneficios	Usted paga	
Servicios en el consultorio		
Atención médica primaria	Copago de \$30 (proveedores de KP) Copago de \$50 (proveedores de la red)	30% después del deducible
Atención especializada	Copago de \$40 (proveedores de KP) Copago de \$60 (proveedores de la red)	30% después del deducible
Servicios preventivos	Copago de \$0	30% después del deducible
Maternidad (atención prenatal y primera consulta posparto)	10% después del deducible	30% después del deducible
Servicios para pacientes ambulatorios		
Fisioterapia y terapia ocupacional (hasta 40 consultas combinadas al año)	Copago de \$40	30% después del deducible
Hospital o centro quirúrgico para pacientes ambulatorios	10% después del deducible	30% después del deducible
Servicios de laboratorio (proporcionados en un centro u hospital para pacientes ambulatorios)	Copago de \$0	30% después del deducible
Servicios de radiología (proporcionados en un centro u hospital para pacientes ambulatorios)	Copago de \$0	30% después del deducible
Servicios de radiología de alta tecnología (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [IRM], tomografías computarizadas [TC] y tomografías por emisión de positrones [Positron Emission Tomography, PET], copago por procedimiento cuando se lleva a cabo en un consultorio o un centro independiente)	10% después del deducible	30% después del deducible
Tarifas médicas y otros cargos por servicios profesionales	10% después del deducible	30% después del deducible
Servicios de emergencia		
Servicios de emergencia (por visita, el copago no se aplica si ingresan al paciente en el hospital)	Copago de \$250	Copago de \$250
Atención de urgencia (por visita)	Copago de \$60 (proveedores de KP) Copago de \$100 (proveedores de la red)	30% después del deducible
Ambulancia (por traslado)	Copago de \$150	Copago de \$150



Dual Choice PPO Plan D 2000/10/5.5K

Servicios para pacientes hospitalizados Cargos hospitalarios o del centro de atención (por hospitalización) Tarifas médicas y otros cargos por servicios profesionales	10% después del deducible 10% después del deducible	30% después del deducible 30% después del deducible
Servicios de salud mental y farmacodependencia Pacientes ambulatorios (consultas ilimitadas) Centro para pacientes hospitalizados (por hospitalización) Cargos por servicios médicos para pacientes hospitalizados y otros cargos por servicios profesionales	Copago de \$30 (proveedores de KP) Copago de \$50 (proveedores de la red) 10% después del deducible 10% después del deducible	30% después del deducible 30% después del deducible 30% después del deducible
Servicios de farmacia Nivel 1: medicamentos genéricos de mantenimiento Nivel 2: medicamentos genéricos preferidos Nivel 3: medicamentos de marca preferidos Nivel 4: medicamentos genéricos y de marca no preferidos Nivel 5: medicamentos especializados Farmacia de pedidos por correo 2 copagos por un suministro para 90 días (farmacias de KP) 3 copagos por un suministro para 90 días (farmacias de MedImpact)	\$5 (farmacias de KP) \$15 (farmacias de MedImpact) \$15 (farmacias de KP) \$25 (farmacias de MedImpact) \$30 (farmacias de KP) \$50 (farmacias de MedImpact) \$45 (farmacias de KP) \$75 (farmacias de MedImpact) Desde el 20% hasta \$300 (farmacias de KP) 30% (farmacias de MedImpact) Pedidos por correo disponibles	30% después del deducible 30% después del deducible 30% después del deducible 30% después del deducible 30% después del deducible Pedidos por correo disponibles
Otros servicios Equipo médico duradero, prótesis y aparatos ortopédicos Examen de la vista Servicios quiroprácticos (hasta 20 consultas al año) Diagnóstico de infertilidad únicamente	10% después del deducible Copago de \$30 Copago de \$40 Copago de \$40	30% después del deducible 30% después del deducible 30% después del deducible 30% después del deducible

Dual Choice PPO está suscrito de manera integral por Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC), una subsidiaria de Kaiser Foundation Health Plan (KFHP), Inc. Las opciones de proveedores y los niveles de beneficios se describen en el *Certificado de Seguro* (Certificate of Insurance).

Esta descripción es un resumen y no reemplaza la *Póliza de Grupo* (Group Policy) ni el *Certificado de Seguro* (Certificate of Insurance) que contienen todas las disposiciones de esta cobertura. Es posible que algunos beneficios tengan limitaciones o exclusiones específicas.