

# Resumen de beneficios médicos

Todos los planes ofrecidos y asegurados por Kaiser Foundation Health Plan del Noroeste. 500 NE Multnomah St., Suite 100, Portland, OR 97232

Servicios para Miembros: 1-800-813-2000

**Oregon CSL3**

**1/1/2023 - 12/31/2023**

**Bailey Nurseries**

**Número de grupo: 1506 - 004**

Calendario año es el período de tiempo (año) en el que en dólares, los límites de los días, y visita, deducibles y fuera de desembolsos máximos se acumulan.

## Deducible

Deducible por cuenta propia por año (para una familia de un miembro)	\$1,500
Deducible de miembro de familia individual por año (para cada miembro de una familia de dos o más miembros)	\$1,500
Deducible familiar por año (para toda la familia)	\$4,500

## Fuera del bolsillo máxima <sup>1</sup>

Auto-solo máximo de gastos de bolsillo por año (para una familia de un miembro)	\$5,500
Individual familiar, miembro, máximo de bolsillo por año (para cada miembro de una familia de dos o más miembros)	\$5,500
Máximo de gastos de bolsillo de la familia por año (para una familia completa)	\$11,000

## Las visitas al consultorio

### Tu pagas

examen físico preventivo de rutina	\$0
Telesalud (teléfono / video)	\$0
Atención primaria	\$25
Atención especializada	\$35
Atención de urgencias	\$45

## Análisis (ambulatoria)

### Tu pagas

Las pruebas preventivas	\$0
Laboratorio	\$25 por visita a departamento
De rayos X, formación de imágenes, y los procedimientos de diagnóstico especiales	\$25 por visita a departamento
CT, MRI, PET scans	\$100 por visita a departamento

## Medicamentos (ambulatoria)

### Tu pagas

Los medicamentos con receta (hasta un suministro de 30 días)	\$20 genérico / \$40 marca preferida / \$60 de marca no preferido / \$150 especialidades
medicamentos de venta con receta pedido por correo (hasta un suministro de 90 días)	\$40 / \$80 marca preferida genérico / \$120 marca
medicamentos administrados, incluyendo inyecciones (todos los pacientes ambulatorios)	20% de coseguro después del deducible
sala de tratamiento enfermera visita para recibir inyecciones	\$10

## Cuidado de maternidad

### Tu pagas

L.GnonPOS0123

CSL3

Programadas visitas de atención prenatal y visitas postparto	\$0
Laboratorio	\$25 por visita a departamento
De rayos X, formación de imágenes, y los procedimientos de diagnóstico especiales	\$25 por visita a departamento
Servicios de hospitalización	20% de coseguro después del deducible
<b>Servicios de hospital</b>	<b>Tu pagas</b>
Servicios de ambulancia (por transporte)	20% de coseguro
Servicios de emergencia	20% de coseguro después del deducible
Servicios de hospitalización	20% de coseguro después del deducible
<b>Servicios para pacientes ambulatorios (otra)</b>	<b>Tu pagas</b>
Visita ambulatoria cirugía	20% de coseguro después del deducible
La quimioterapia visita de terapia / radiación	\$35 después del deducible
Equipo médico duradero	20% de coseguro después del deducible
Física, del habla y ocupacional (20 visitas por terapia por año)	\$35
<b>Servicios de enfermería cualificados</b>	<b>Tu pagas</b>
Servicios de enfermería especializada para pacientes hospitalizados (hasta 100 días por año)	20% de coseguro después del deducible
<b>Servicios de Salud Mental y Trastorno por Uso de Sustancias</b>	<b>Tu pagas</b>
Servicios para pacientes ambulatorios de hospitalización y servicios residenciales	\$25 por visita 20% de coseguro después del deducible
<b>Otro tipo de tutela(Auto refirió)</b>	<b>Tu pagas</b>
Servicios de acupuntura	No cubierta
Servicios quiroprácticos	No cubierta
Terapia de Masajes	Sin cobertura
La medicina naturopática	\$25
<b>Servicios de la vista</b>	<b>Tu pagas</b>
examen de rutina (cubierto hasta el final del mes en el que se vuelve miembro de 19 años de edad.)	\$25
hardware de visión y Servicios ópticos (cubierto hasta el final del mes en el que se vuelve miembro de 19 años de edad.)	Sin cobertura
examen de rutina (Para los miembros de 19 años o más.)	\$25
hardware de visión y Servicios ópticos (Para los miembros de 19 años o más.)	no está cubierto

<sup>1</sup> Consulte a su Evidencia de Cobertura (EOC) para obtener beneficios que no pueden aplicarse a fuera de bolsillo máximo.

Plan está sujeto a las exclusiones y limitaciones. Una lista completa de las exclusiones y limitaciones se incluye en la Evidencia de cobertura (EOC). EOC muestra están disponibles bajo petición o puede ir a [kp.org/plandocuments](http://kp.org/plandocuments).

Los proveedores no participantes pueden facturarle cualquier cargo que supere el Monto permitido (facturación del saldo), excepto cuando la ley prohíba la facturación del saldo. Está protegido contra la facturación del saldo en relación con los servicios de emergencia y ciertos servicios prestados en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio participante. Para obtener información adicional, visite <https://healthy.kaiserpermanente.org/oregon-washington/support/pay-bills/medical-bills/no-surprises-act>.

---

**¿Preguntas? Llame a Servicios** (MF, 08 a.m.-6 p.m.) o visite **kp.org** área de Portland: 503-813-2000

Todas las otras áreas: 1-800-813-2000. TTY, 711. Interpretación del lenguaje Servicios, todas las áreas: 1-800-324-8010

---

Esto no es un contrato. Este resumen de beneficios condensada, no describe completamente su cobertura de beneficios con Kaiser Foundation Health Plan del Noroeste. Para más detalles sobre la cobertura de beneficios, revisión de reclamaciones, y los procedimientos de adjudicación, consulte su EOC o llame al Servicio al Cliente. En el caso de un conflicto entre este resumen y el COE, el EOC prevalecerá.