

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

Oregon - Personalizado Plan tradicional

1/1/2025 - 12/31/2025

Cement Masons Employers Trust

Número de grupo: 1158 - 010

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) | Ninguna |
| Deducible de miembro de familia individual por año (para cada miembro de una familia de dos o más miembros) | ninguna |
| Deducible familiar por año (para toda la familia) | Ninguna |

Fuera del bolsillo máxima ¹

| | |
|---|----------|
| Auto-solo máximo de gastos de bolsillo por año (para una familia de un miembro) | \$7,350 |
| Individual familiar, miembro, máximo de bolsillo por año (para cada miembro de una familia de dos o más miembros) | \$7,350 |
| Máximo de gastos de bolsillo de la familia por año (para una familia completa) | \$14,700 |

Las visitas al consultorio

Tu pagas

| | |
|------------------------------------|---|
| examen físico preventivo de rutina | \$0 |
| Telesalud (teléfono / video) | \$0 * |
| Atención primaria | \$5 por las primeras 3 visitas; luego \$35 por visitas adicionales en el mismo año (\$5 para miembros de 17 años o menos) * |
| Atención especializada | \$35 |
| Atención de urgencias | \$50 |

Análisis (ambulatoria)

Tu pagas

| | |
|---|---------------------------------|
| Las pruebas preventivas | \$0 |
| Laboratorio | \$30 por visita a departamento |
| De rayos X, formación de imágenes, y los procedimientos de diagnóstico especiales | \$20 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) | genérico de los \$25 / \$50 preferido marca / marca no preferida \$75 |
| medicamentos de venta con receta pedido por correo (hasta un suministro de 90 días) | \$50 genéricos / \$100 marca preferida / \$150 no preferido marca |
| medicamentos administrados, incluyendo inyecciones (todos los pacientes ambulatorios) | 20% de coseguro |
| sala de tratamiento enfermera visita para recibir inyecciones | \$10 |

Cuidado de maternidad

Tu pagas

| | |
|---|--------------------------------|
| Programadas visitas de atención prenatal y visitas postparto | \$0 |
| Laboratorio | \$30 por visita a departamento |
| De rayos X, formación de imágenes, y los procedimientos de diagnóstico especiales | \$20 por visita a departamento |

LGnonPOS0124

C25J

| | |
|--|--|
| Servicios de hospitalización | \$500 por admisión |
| Servicios de hospital | Tu pagas |
| Servicios de ambulancia (por transporte) | \$75 |
| Servicios de emergencia | \$150 (No aplicable en caso de ser admitido) |
| Servicios de hospitalización | \$500 por admisión |
| Servicios para pacientes ambulatorios (otra) | Tu pagas |
| Visita ambulatoria cirugía | \$100 |
| La quimioterapia visita de terapia / radiación | \$35 |
| Equipo médico duradero | 20% de coseguro |
| Física, del habla y ocupacional (hasta 20 visitas por terapia por año) | \$35 |
| Servicios de enfermería cualificados | Tu pagas |
| Servicios de enfermería especializada para pacientes hospitalizados (hasta 100 días por año) | \$0 |
| Servicios de Salud Mental y Trastorno por Uso de Sustancias | Tu pagas |
| Servicios para pacientes ambulatorios | \$5 por las primeras 3 visitas; luego \$35 por visita para visitas adicionales en el mismo año * |
| de hospitalización y servicios residenciales | \$500 por admisión |
| Otro tipo de tutela(Auto refirió) | Tu pagas |
| Servicios de acupuntura | No cubierta |
| Servicios quiroprácticos | No cubierta |
| Terapia de Masajes | Sin cobertura |
| La medicina naturopática | \$5 por las primeras 3 visitas; luego \$35 por visitas adicionales en el mismo año * |
| Servicios de la vista | Tu pagas |
| examen de rutina (cubierto hasta el final del mes en el que se vuelve miembro de 19 años de edad.) | \$35 |
| 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.) | \$35 |
| hardware de visión y Servicios ópticos (Para los miembros de 19 años o más.) | no está cubierto |

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

* Las primeras 3 visitas (o días) son cualquier combinación de servicios en persona o de telemedicina para servicios médicos no especializados de atención primaria, servicios ambulatorios de salud conductual, medicina naturopática o servicios ambulatorios para trastornos por uso de sustancias.

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.

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.