

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 deducible

1/1/2026 - 12/31/2026

Cement Masons Employers Trust

Número de grupo: 1158 - 005

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

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 \$25 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	\$10 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 después del deducible
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

LGnonPOS0124

2C26

De rayos X, formación de imágenes, y los procedimientos de diagnóstico especiales	\$10 por visita a departamento
Servicios de hospitalización	20% de coseguro después del deducible
Servicios de hospital	Tu pagas
Servicios de ambulancia (por transporte)	20% de coseguro después del deducible
Servicios de emergencia	20% de coseguro después del deducible
Servicios de hospitalización	20% de coseguro después del deducible
Servicios para pacientes ambulatorios (otra)	Tu pagas
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 (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)	20% de coseguro después del deducible
Servicios de Salud Mental y Trastorno por Uso de Sustancias	Tu pagas
Servicios para pacientes ambulatorios	\$5 por las primeras 3 visitas; luego \$25 por visita para visitas adicionales en el mismo año *
de hospitalización y servicios residenciales	20% de coseguro después del deducible
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 \$25 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.)	\$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

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.