



800-813-2000
www.kp.org



Todos los planes son ofrecidos y financiados por Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest, 500 NE Multnomah St., Suite 100, Portland, OR 97232

Resumen de beneficios médicos

Healthy Kidsconnect 16720-001

January 1, 2011 al December 31, 2011

Pago directo máximo (No todos los servicios se aplican para el máximo; consulte su Prueba de Cobertura para aclaraciones.)	
Por un miembro	\$900 por año calendario
Por una familia entera	\$1,800 por año calendario
Servicios para pacientes ambulatorios	Usted paga
Examen físico preventivo de rutina (incluye adultos, bebés sanos y niños sanos)	\$0
Visita de atención primaria	\$10
Visita de cuidado de especialidad	\$10
Visita de cuidado prenatal	\$0
Examen de la vista de rutina	\$0
Inyecciones para alergias y otros tipos de inyecciones	\$10
Vacunas	\$0
Visita de cuidado de urgencia	\$10
Visita al departamento de emergencias	\$100
Cirugía ambulatoria	\$10
Servicios hospitalarios para pacientes internados	\$100 por admisión
Servicios de ambulancia (por traslado)	\$100
Servicios de recuperación para farmacodependientes	
Servicios para pacientes ambulatorios	\$10
Servicios hospitalarios para pacientes internados y servicios de tratamiento residencial	\$100 por admisión
Servicios de salud mental	
Servicios para pacientes ambulatorios	\$10
Servicios hospitalarios para pacientes internados y servicios de tratamiento residencial	\$100 por admisión
Equipo médico duradero (DME) para pacientes ambulatorios, prótesis externas y aparatos ortopédicos	\$0
Audífonos para niños (hasta \$4,080 cada 48 meses, por miembro menor de 18 años y cualquier niño dependiente)	\$0
Laboratorio, rayos X, imaginología y procedimientos de diagnóstico especial para pacientes ambulatorios	\$10 por visita; \$0 por servicios de atención preventiva
Servicios de terapia de rehabilitación para pacientes ambulatorios (hasta 20 visitas por terapia por año calendario)	\$10
Servicios de instalaciones de enfermería especializada (hasta 100 días por año calendario)	\$0
Beneficios opcionales	
Atención alternative	no está cubierto
Audífonos	no está cubierto
Medicamentos, artículos y suplementos con receta para pacientes ambulatorios	No hay cargo por medicamentos genericos; \$10 para la marca por 30 días de suministro; 2 copagos por 90 días de suministro de medicamentos de mantenimiento cuando se utiliza la entrega de correo. Niños \$100 de desembolso maximo por ano calendario.

Exclusiones y limitantes

Los servicios enlistados más adelante se encuentran totalmente excluidos de la cobertura o parcialmente limitados. Esto se aplica a todos los servicios que de alguna otra forma estarían cubiertos por su plan y se agregan a las exclusiones y limitantes que se aplican solamente a un servicio particular, tal como se enlista en la descripción de ese Servicio en su Prueba de Cobertura, que se le proporcionará después de que se haya registrado para contar con cobertura.

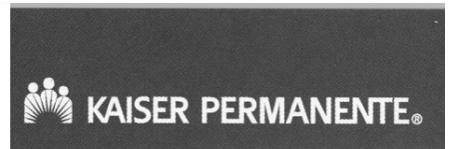
Acupuntura. Limitada a lo siguiente: (a) cuando un médico participante haga una referencia para servicios de acuerdo con los criterios del Grupo Médico o (b) el grupo de su empleador haya comprado la opción de Atención alternativa (Servicios de acupuntura autorreferidos).; **Ciertos exámenes y servicios; Servicios quiroprácticos recibidos sin haber sido referido por Kaiser Permanente.** Limitada a lo siguiente: (a) cuando un médico participante haga una referencia para servicios de acuerdo con los criterios del Grupo Médico o (b) se ha comprado la opción de Servicios de atención alternativa o Servicios quiroprácticos (Servicios quiroprácticos autorreferidos).; **Servicios cosméticos; Servicios de custodia; Servicios dentales.** Excepto cuando sea médicamente necesario para los miembros que tengan una afección médica que representaría un riesgo indebido si se lleva a cabo en un consultorio dental. El procedimiento debe ser aprobado.; **Donaciones de sangre designadas; Miembros detenidos o confinados; Responsabilidad del empleador; Servicios experimentales o de investigación; Cirugía de la vista; Servicios familiares.** Servicios proporcionados por un miembro de su familia inmediata.; **Pruebas genéticas; Responsabilidad de una entidad gubernamental; Audífonos.** A menos que se haya comprado la opción de Audífonos.; **Hipnoterapia; Servicios intermedios; Servicios de terapia de masajes.** Limitados a cuando: (a) un médico participante haga una referencia para servicios de acuerdo con los criterios del Grupo Médico o (b) se haya comprado la opción de beneficios de Atención alternativa (Terapia de masajes).; **Servicios de naturopatía.** Limitados a cuando: (a) haya una referencia para servicios de acuerdo con los criterios del Grupo Médico; o (b) se haya comprado la opción de Atención alternativa (Servicios de naturoterapia).; **Servicios que no sean médicamente necesarios; Artículos médicos desechables; Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios.** A menos que se haya comprado la opción Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios. Se aplica el formulario de Kaiser Permanente. Cubrimos medicamentos fuera del formulario sólo cuando usted cumple con los criterios de excepción, a menos que estén específicamente cubiertos por su plan de medicamentos de prescripción.; **Servicios relacionados con un servicio no cubierto; Cirugía de cambio de sexo; Cuidado de apoyo y otros servicios; Viaje y alojamiento.** Limitado a: (a) “Servicios de ambulancia” médicamente necesarios en este *Resumen*, y (b) ciertos gastos que preautoricemos.; **Servicios ópticos de equipo de visión.** A menos que se haya comprado la opción de Servicios ópticos de equipo de visión.; **Terapia visual y ortóptica o ejercicios oculares; Servicios profesionales para ajuste y seguimiento para lentes de contacto.** A menos que se haya comprado la opción de Servicios ópticos de equipo de visión.; **Servicios y accesorios para corregir visión deficiente.**

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios a los Miembros (De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.) Área de Portland..503-813-2000. Todas las otras áreas..1-800-813-2000. TTY..1-800-735-2900. Servicio de interpretación de idiomas, todas las áreas..1-800-324-8010

Este documento no es un contrato. Este resumen de beneficios no describe completamente su cobertura de beneficios con Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest. Para obtener más detalles sobre su cobertura de beneficios, revisión de reclamaciones y procedimientos de adjudicación, consulte su EOC (Evidence of Coverage, Prueba de Cobertura) o llame a Servicios a los Miembros. En caso de conflicto entre este resumen y la EOC, la EOC prevalecerá.



800-813-2000
www.kp.org



Todos los planes son ofrecidos y financiados por Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest. 500 NE Multnomah St., Suite 100, Portland, OR 97232

Resumen de beneficios dentales

Healthy Kidsconnect 16720-003

Oregon Plan dental AK

January 1, 2011 al December 31, 2011

Monto máximo de beneficios	\$1,750
	Usted paga
Cargo por visita a consultorio dental – Se aplica a todas las visitas	\$0
Deducible (se aplica a todos los servicios a menos que se indique de otra manera)	
Por un miembro	\$0
Por una familia entera	\$0
Servicios preventivos y de diagnóstico (exámenes orales, rayos X, limpieza dental, fluoruro) (No está sujeto al deducible ni cuenta para el monto máximo de beneficios)	Sin cargos adicionales
Servicios de restauración básica (empastes de rutina, coronas)	\$10 por servicio
Servicios de cirugía bucal (extracción quirúrgica de dientes)	\$10 por servicio
Periodoncia (tratamiento de enfermedades de las encías, raspado y alisado de raíces)	\$10 por servicio
Endodoncia (tratamiento del conducto)	\$10 por servicio
Servicios de restauración mayores (coronas, puentes, dentaduras)	\$30 por cada una
Atención de emergencia	
De proveedores del grupo dental	\$25 por visitas de atención de emergencia y de atención urgente el mismo día o al siguiente día hábil, más cualquier otro cargo que se aplique normalmente.
De proveedores que no son del grupo dental	Todos los cargos mayores a \$100
Óxido nítrico	
Adultos y niños mayores de 13 años	\$15
Niños menores de 12 años	\$0
Ortodoncia	Sin cargo. Beneficios limitados para los pacientes que tienen un diagnóstico de fisura palatina con labio leporino.

Exclusiones

- Enfermedades para las que se requiere por ley el Servicio o el reembolso en o por parte de una entidad gubernamental.
- Servicios cosméticos.
- Implantes dentales a menos que se haya comprado la cobertura para implantes dentales como un beneficio adicional.
- Tratamientos experimentales o de investigación.
- Reconstrucción bucal total y rehabilitación oclusal.
- Pruebas genéticas.
- Servicios médicos u hospitalarios, a menos que se indique otra cosa en este *resumen*.
- Cargos por faltar a una cita.
- Registro no ortodóntico de movimientos o posiciones de la mandíbula.
- Servicios ortodónticos a menos que se haya comprado la cobertura ortodóntica como beneficio adicional.
- Medicamentos recetados que se pueden obtener con o sin receta.

- Prótesis después de que usted decidió que le extrajeran un diente (o dientes) por razones no clínicas o cuando dicho diente se puede reparar.
- Reemplazo de coronas prefabricadas no vaciadas, incluyendo las coronas de acero inoxidable no vaciadas.
- Tratamiento restaurador o reconstructor para malformaciones específicas, sean congénitas o de desarrollo.
- La sedación y la anestesia general no están cubiertas, excepto cuando se administren con base en el beneficio de óxido nitroso, según lo descrito en la sección “Otros beneficios” de su EOC.
- Servicios cubiertos por seguros contra accidentes de trabajo o que son responsabilidad del empleador.
- Servicios brindados o tramitados por instituciones de justicia criminal para miembros ahí confinados, a menos que estuvieran cubiertos como atención de emergencia.
- Prótesis para problemas del habla y modificaciones de seguimiento.
- Cirugía para corregir la maloclusión o los trastornos de la articulación temporomandibular.
- Tratamiento para reparar la estructura dental perdida por desgaste, erosión o abrasión.

Limitantes

- Servicios dentales junto con anestesia general médicamente necesaria.
- Reparación o reemplazo debido al desgaste normal de prótesis fijas y removibles.
- Trabajos en desarrollo iniciados antes de la fecha de vigencia de la cobertura.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios a los Miembros (De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.)
 Área de Portland..503-813-2000. Todas las otras áreas..1-800-813-2000. TTY..1-800-735-2900. Servicio de interpretación de idiomas, todas las áreas..1-800-324-8010

Este documento no es un contrato. Este resumen de beneficios no describe completamente su cobertura de beneficios con Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest. Para obtener más detalles sobre su cobertura de beneficios, revisión de reclamaciones y procedimientos de adjudicación, consulte su EOC (Evidence of Coverage, Prueba de Cobertura) o llame a Servicios a los Miembros. En caso de conflicto entre este resumen y la EOC, la EOC prevalecerá.