

Parte Uno del Formulario de Revelación

605990 Vine Dining Enterprises, INC. DBA Vine Hospitality
Región Local: Norte del California
1 octubre 2024 hasta 30 septiembre 2025

Beneficios Principales Para Kaiser Permanente Deductible HMO Plan

Período de Acumulación

El Período de Acumulación para este plan es del 1 de enero al 31 de diciembre.

Gastos máximos de bolsillo y deducibles

Para los servicios que aplican a los gastos máximos de bolsillo, no pagará más costos compartidos durante el Período de Acumulación restante cuando haya alcanzado los montos que se indican a continuación.

Para los servicios sujetos a los deducibles del plan o a los deducibles por medicamentos, deberá pagar cargos por los servicios cubiertos que reciba durante el Período de Acumulación, hasta que haya alcanzado los montos deducibles que se indican a continuación. Todos los pagos que realice para alcanzar sus deducibles se aplicarán a los gastos máximos de bolsillo del plan que se indican a continuación.

Montos por Período de Acumulación	Cobertura solo para el miembro (una familia de un solo miembro)	Cobertura para familias Cada miembro en una familia de dos o más miembros	Cobertura para familias Para toda una familia de dos o más miembros
Máximo Desembolsable del Plan	\$7,500	\$7,500	\$15,000
Deductible del Plan	\$5,500	\$5,500	\$11,000
Deductible del Medicamento	Ninguno	Ninguno	Ninguno

Visitas al Consultorio de un Proveedor del Plan

	Usted Paga
La mayoría de las Visitas de Atención Médica Primaria y la mayoría de las Visitas al Especialista no Médico	\$50 por visita después del Deducible del Plan*
La mayoría de las Visitas al Especialista Médico.....	\$50 por visita después del Deducible del Plan
Exámenes físicos de mantenimiento de rutina, incluidos exámenes para la mujer sana	Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)
Exámenes preventivos del niño sano (hasta los 23 meses de edad)	Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)
Exámenes prenatales programados	Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)
Exámenes de ojos de rutina con un Optometrista del Plan	Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)
Consultas, evaluación y tratamientos de atención urgente.....	\$50 por visita después del Deducible del Plan*
La mayoría de las terapias físicas, ocupacionales y del habla	\$50 por visita después del Deducible del Plan

*El Deducible del Plan no aplica a sus primeras tres consultas combinadas para servicios de tratamiento de atención primaria, atención de urgencia, salud mental y tratamiento de trastorno por consumo de sustancias tal como se describe en el folleto EOC.

Consultas de Telesalud

	Usted Paga
Consultas de atención primaria y consultas a especialistas no médicos por video interactivo	Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)
Consultas a especialistas médicos por video interactivo	Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)
Consultas de atención primaria y consultas a especialistas no médicos por teléfono.....	Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)
Consultas a especialistas médicos por teléfono	Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)

Servicios para Pacientes Ambulatorios

Cirugía ambulatoria y ciertos otros procedimientos ambulatorios.....	Coseguro del 40% después del Deducible del Plan
La mayoría de las inmunizaciones (incluida la vacuna)	Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)
La mayoría de las radiografías y análisis de laboratorio	Coseguro del 40% después del Deducible del Plan
Radiografías, pruebas de detección y análisis de laboratorio preventivos como se describe en el folleto EOC	Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)

Servicios para Pacientes Hospitalizados

Habitación y comida, cirugía, anestesia, radiografías, análisis de laboratorio y medicamentos	Coseguro del 40% después del Deducible del Plan
Usted Paga	

Servicios de Emergencia

Visitas al Departamento de Emergencias	Coseguro del 40% después del Deducible del Plan
Nota: Si lo ingresan directamente al hospital como paciente hospitalizado para los Servicios cubiertos, pagará el Costo Compartido para pacientes hospitalizados en lugar del Costo Compartido del Departamento de Emergencias (consulte "Servicios para Pacientes Hospitalizados" a fin de conocer el Costo Compartido para pacientes hospitalizados).	

Servicios de Ambulancia

Servicios de ambulancia	Coseguro del 40% después del Deducible del Plan
-------------------------------	-------------------------------------------------

Parte Uno del Formulario de Revelación

(continuación)

Cobertura de Medicamentos con Receta Médica

Cubiertos para pacientes ambulatorios de acuerdo con nuestras pautas del formulario de medicamentos:

	Usted Paga
La mayoría de los artículos genéricos (Nivel 1) en una Farmacia del Plan	\$15 suministro máximo para 30-días después del Deducible del Plan
Volver a surtir recetas de la mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1) por medio de nuestro servicio de pedidos por correo	\$30 suministro máximo para 100-días después del Deducible del Plan
La mayoría de los artículos de marca (Nivel 2) en una Farmacia del Plan o por medio de nuestro servicio de pedidos por correo	Coseguro del 40% (sin exceder \$100) suministro máximo para 100-días después del Deducible del Plan
Mayoría de los artículos para especialidades (Nivel 4) en una Farmacia del Plan	Coseguro del 40% (sin exceder \$250) suministro máximo para 30-días después del Deducible del Plan
Artículos preventivos como se describe en el folleto EOC.....	\$10 suministro máximo para 100-días (no se aplica el Deducible del Plan)

Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME)

Artículos de DME como se describe en el folleto EOC.....

Usted Paga

Coseguro del 40% (no se aplica el Deducible del Plan)

Usted Paga

Coseguro del 40% después del Deducible del Plan

Servicios de Salud Mental

Atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados.....

Tratamiento y evaluación individuales de salud mental para pacientes externos

Tratamiento grupal de salud mental para pacientes externos

*El Deducible del Plan no aplica a sus primeras tres consultas combinadas para servicios de tratamiento de atención primaria, atención de urgencia, salud mental y tratamiento de trastorno por consumo de sustancias tal como se describe en el folleto EOC.

Tratamiento de Trastorno por Consumo de Sustancias

Desintoxicación como paciente hospitalizado.....

Usted Paga

Coseguro del 40% después del Deducible del Plan

Tratamiento y evaluación individuales de trastorno por consumo de sustancias para pacientes externos

\$50 por visita después del Deducible del Plan*

Tratamiento grupal de trastorno por consumo de sustancias para pacientes externos

\$25 por visita después del Deducible del Plan*

*El Deducible del Plan no aplica a sus primeras tres consultas combinadas para servicios de tratamiento de atención primaria, atención de urgencia, salud mental y tratamiento de trastorno por consumo de sustancias tal como se describe en el folleto EOC.

Servicios de Atención Médica en el Hogar

Atención médica en el hogar (hasta un máximo de 100 visitas por

Usted Paga

Período de Acumulación).....

Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)

Otros Servicios**Usted Paga**

Atención en una instalación de enfermería especializada (hasta un máximo de 100 días por período de beneficios).....

Coseguro del 40% después del Deducible del Plan

Dispositivos protésicos y ortóticos como se describe en el folleto EOC

Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)

Diagnóstico y tratamiento de la infertilidad e inseminación artificial

No está cubierto

Servicios de tecnología de reproducción asistida ("ART", por sus siglas en inglés)

No está cubierto

Atención de hospicio

Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)

Este es un resumen de las preguntas que se hacen con más frecuencia sobre los beneficios. En este cuadro no se explican los beneficios, Costo Compartido, pagos máximos de su bolsillo, exclusiones o limitaciones, ni se listan todos los beneficios y Costo Compartido. Por favor consulte el folleto EOC si desea obtener una explicación completa. Observe que proporcionamos todos los beneficios requeridos por ley (por ejemplo, los suministros para pruebas de la diabetes).