

Lista de Muestra de Tarifas de Kaiser Permanente para 2018*

SUR DE CALIFORNIA

¿Qué es la Lista de Muestra de Tarifas?

La Lista de Muestra de Tarifas es uno de los muchos recursos que ofrecemos para ayudarle a entender y administrar mejor sus costos de atención médica. Indica el monto estimado que se cobrará a los miembros de Kaiser Permanente por ciertos servicios profesionales.† No incluye los costos de los servicios hospitalarios, las cuotas de los centros de atención ni otros tipos de servicios.

Al revisar la lista, tenga en cuenta que el monto que realmente se le cobrará podría diferir según la atención que reciba, el tipo de centro de atención que visite, los detalles de su plan y si alcanzó su deducible o no. Algunos servicios podrían requerir otros servicios que tienen costos adicionales, como una limpieza de cerumen indicada por su médico durante una evaluación auditiva.

¿Cómo puedo usar la lista?

La Lista de Muestra de Tarifas puede ayudarle a:

- Elegir el plan Kaiser Permanente deducible HMO adecuado durante la inscripción abierta
- Calcular cuánto pagará por los servicios antes de que alcance su deducible
- Identificar los servicios que podrían ser de atención preventiva y que se cubren sin costo o con un copago (para obtener una lista completa, visite kp.org/prevencion)
- Calcular cuánto debe contribuir a cualquier cuenta de gastos flexibles (flexible spending account, FSA) o cuenta de ahorros para gastos médicos (health savings account, HSA) asociada a su plan con base en los servicios que espera recibir

¿Qué pasará después de que alcance mi deducible?

Como miembro de un plan deducible HMO, deberá pagar los costos totales de los servicios cubiertos hasta que alcance un monto fijo que se conoce como su deducible. Luego empezará a pagar menos: un copago o un porcentaje de los cargos (un coseguro) durante el resto del año. Dependiendo de su plan, es posible que deba pagar un copago o un coseguro por algunos servicios sin tener que alcanzar su deducible.

Esto significa que, para muchos servicios, usted pagará menos que las cuotas estimadas que aparecen en la Lista de Muestra de Tarifas después de que haya alcanzado su deducible. Estos son algunos ejemplos:

Servicio	Tarifas estimadas	Lo que paga antes de alcanzar el deducible	Lo que paga después de alcanzar el deducible
Radiografía de rodilla	\$68	Cargos totales: \$68	Copago o coseguro, por ejemplo, \$10 o el 20% de la tarifa estimada
Ecografía de la pelvis	\$247	Cargos totales: \$247	Copago o coseguro, por ejemplo, \$20 o el 30% de la tarifa estimada
Biopsia de la piel	\$230	Cargos totales: \$230	Copago o coseguro, por ejemplo, \$25 o el 40% de la tarifa estimada

¿Es usted un miembro registrado en kp.org/espanol? Usted puede obtener cálculos personalizados de los costos para más de 500 servicios médicos en línea. Visite kp.org/costestimates (haga clic en "Español") hoy mismo.

¿Tiene alguna pregunta?

Si desea obtener más información o tiene preguntas sobre un servicio que no esté en la lista, llame al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente.

*Las tarifas estimadas que se incluyen en esta Lista de Muestra de Tarifas están vigentes a partir del 1 de enero de 2018 y podrían cambiar sin previo aviso. Esta lista se aplica únicamente a los miembros que reciben servicios médicos en los centros de atención de Kaiser Permanente.

† Los servicios profesionales normalmente se proporcionan en consultorios médicos, incluidas las visitas al consultorio médico, pruebas de laboratorio y radiografías. Es posible que también incluyan servicios médicos que se proporcionen en un hospital.

Si sus beneficios de salud están autoasegurados por su empleador, sindicato o patrocinador del Plan, Kaiser Permanente Insurance Company proporciona ciertos servicios administrativos por el Plan y no es una aseguradora del Plan ni tiene la responsabilidad financiera de proporcionar beneficios de atención médica del Plan.

SERVICIO	TARIFAS ESTIMADAS
Visitas al Consultorio Médico	
Consulta de paciente nuevo, nivel 1 (gravedad baja)*	\$70
Consulta de paciente nuevo, nivel 2*	\$115
Consulta de paciente nuevo, nivel 3*	\$165
Consulta de paciente nuevo, nivel 4*	\$250
Consulta de paciente nuevo, nivel 5 (gravedad alta)*	\$315
Consulta de paciente existente, nivel 1 (gravedad baja)*	\$30
Consulta de paciente existente, nivel 2*	\$65
Consulta de paciente existente, nivel 3*	\$110
Consulta de paciente existente, nivel 4*	\$165
Consulta de paciente existente, nivel 5 (gravedad alta)*	\$220
Consulta de bienestar infantil, paciente nuevo (para niños menores de 1 año)*	\$170
Consulta de bienestar infantil, paciente nuevo (para niños de 1 a 4 años de edad)*	\$180
Consulta de bienestar infantil, paciente nuevo (para niños de 5 a 11 años de edad)*	\$185
Consulta de bienestar infantil, paciente nuevo (para niños de 12 a 17 años de edad)*	\$210
Consulta de bienestar de adultos, paciente nuevo (para personas de 18 a 39 años de edad)*	\$200
Consulta de bienestar de adultos, paciente nuevo (para personas de 40 a 64 años de edad)*	\$235
Consulta de bienestar de adultos, paciente nuevo (para personas mayores de 65 años de edad)*	\$255
Consulta de bienestar infantil, paciente existente (para niños menores de 1 año)*	\$155
Consulta de bienestar infantil, paciente existente (para niños de 1 a 4 años de edad)*	\$165
Consulta de bienestar infantil, paciente existente (para niños de 5 a 11 años de edad)*	\$165
Consulta de bienestar infantil, paciente existente (para niños de 12 a 17 años de edad)*	\$180
Consulta de bienestar de adultos, paciente existente (para personas de 18 a 39 años de edad)*	\$180
Consulta de bienestar de adultos, paciente existente (para personas de 40 a 64 años de edad)*	\$195
Consulta de bienestar de adultos, paciente existente (para personas mayores de 65 años de edad)*	\$210
Visitas al Departamento de Emergencias	
Atención de emergencia por parte de un médico, nivel 1 (gravedad baja)	\$135
Atención de emergencia por parte de un médico, nivel 2	\$205
Atención de emergencia por parte de un médico, nivel 3	\$300
Atención de emergencia por parte de un médico, nivel 4 (gravedad alta)	\$455

*Dependiendo de su plan, estos servicios podrían ser preventivos y estar cubiertos sin ningún costo o con un copago. Para obtener más información, consulte su *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* o la *Descripción Resumida del Plan (Summary Plan Description)*.

Estas tarifas estimadas están vigentes a partir del 1 de enero de 2018 y podrían cambiar sin previo aviso.

Las tarifas que se muestran son únicamente para servicios profesionales y no incluyen las tarifas del centro de atención u otros servicios.

Tarifas Estimadas de Kaiser Permanente para 2018 Sur de California

SERVICIO	TARIFAS ESTIMADAS
Consultas de Psicoterapia	
Terapia psicológica grupal	\$41
Terapia	\$137
Exámenes de los Ojos	
Examen de los ojos, consultas de rutina, paciente nuevo*	\$123
Examen de los ojos y tratamiento, paciente nuevo	\$225
Examen de los ojos, consultas de rutina, paciente existente*	\$130
Examen de los ojos y tratamiento, paciente existente	\$188
Prueba de detección de la vista*	\$6
Servicios para la Audición	
Evaluación integral de audiometría	\$68
Limpieza de oído	\$107
Examen del tímpano	\$26
Examen auditivo (tono puro, solo aire)*	\$23
Servicios de Fisioterapia	
Terapia de electroestimulación, solo tratamiento	\$29
Evaluación de fisioterapia*	\$147
Fisioterapia, aplicación de calor y frío, solo tratamiento	\$11
Fisioterapia, ecografía, solo tratamiento	\$23
Ejercicios de fisioterapia, solo tratamiento*	\$59
Vacunas y Otras Inyecciones	
Vacuna contra las alergias	\$17
Vacuna contra la varicela*	\$143
Vacuna de refuerzo contra la difteria y el tétanos*	\$40
Vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina*	\$49
Vacuna contra la gripe, niños (a partir de los 3 años de edad)*	\$30
Vacuna contra la gripe, lactantes*	\$30
Vacuna contra la gripe, adultos (de 18 a 64 años de edad)*	\$33
Vacuna contra la hepatitis B*	\$104
Vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola*	\$97
Vacuna antipoliomielítica*	\$55

(continúa)

*Dependiendo de su plan, estos servicios podrían ser preventivos y estar cubiertos sin ningún costo o con un copago. Para obtener más información, consulte su *Evidencia de Cobertura* o la *Descripción Resumida del Plan*.

Estas tarifas estimadas están vigentes a partir del 1 de enero de 2018 y podrían cambiar sin previo aviso.

Las tarifas que se muestran son únicamente para servicios profesionales y no incluyen las tarifas del centro de atención u otros servicios.

Tarifas Estimadas de Kaiser Permanente para 2018 Sur de California

SERVICIO	TARIFAS ESTIMADAS
Vacunas y otras inyecciones (continuación)	
Inyección terapéutica, profiláctica o de diagnóstico (solo la administración, no incluye el medicamento)*	\$47
Inyección intrarterial terapéutica, profiláctica o de diagnóstico (solo la administración, no incluye el medicamento)*	\$35
Pruebas y Procedimientos	
Prueba de capacidad respiratoria	\$66
Tratamiento respiratorio	\$35
Colonoscopia y extirpación de tejido anormal con cauterización*	\$992
Colonoscopia y extirpación de tejido anormal con técnica de asa*	\$934
Colonoscopia y extirpación de tejido del colon para examinarlo*	\$897
Colonoscopia de diagnóstico	\$695
Proctosigmoidoscopia de diagnóstico	\$276
Sigmoidoscopia de diagnóstico	\$377
Drenaje del líquido alrededor de una articulación inflamada	\$131
Electrocardiograma (ECG)	\$31
Monitoreo fetal*	\$105
Extirpación de áreas anormales de la piel	\$12
Sigmoidoscopia y extirpación de tejido para examinarlo*	\$580
Biopsia de la piel	\$230
Prueba de esfuerzo	\$140
Destrucción quirúrgica de un área anormal de la piel	\$147
Ecografía del corazón	\$240
Radiografías, Tomografías Computarizadas (TC) y Otras Imágenes Diagnósticas	
TC de tórax, con medio de contraste	\$605
TC de la pelvis, con medio de contraste	\$596
TC de la pelvis, sin medio de contraste	\$382
TC de los conductos y senos nasales	\$503
TC del área del estómago, con medio de contraste	\$608
TC del área del estómago, sin medio de contraste	\$391
Mamografía diagnóstica (bilateral)	\$375
Mamografía diagnóstica (unilateral)	\$295
Mamografía (prueba de detección)*	\$303
Ecografía de embarazo	\$318

(continúa)

*Dependiendo de su plan, estos servicios podrían ser preventivos y estar cubiertos sin ningún costo o con un copago. Para obtener más información, consulte su *Evidencia de Cobertura* o la *Descripción Resumida del Plan*.

Estas tarifas estimadas están vigentes a partir del 1 de enero de 2018 y podrían cambiar sin previo aviso.

Las tarifas que se muestran son únicamente para servicios profesionales y no incluyen las tarifas del centro de atención u otros servicios.

SERVICIO	TARIFAS ESTIMADAS
Radiografías, TC y Otras Imágenes Diagnósticas <i>(continuación)</i>	
Revisión de TC de la cabeza o del cerebro	\$303
Ecografía de la pelvis	\$247
Ecografía del área del estómago	\$273
Ecografía vaginal	\$274
Radiografía para detectar osteoporosis	\$92
Radiografía de tobillo	\$66
Radiografía de tobillo (completo)	\$70
Radiografía de ambas rodillas	\$80
Radiografía de pecho (dos vistas)	\$67
Radiografía de pecho (una vista)	\$43
Radiografía de un dedo de la mano	\$70
Radiografía de pie	\$57
Radiografía de pie (completo)	\$64
Radiografía de mano	\$58
Radiografía de mano (completa)	\$69
Radiografía de rodilla	\$68
Radiografía de rodilla (completa)	\$88
Radiografía de los huesos de la parte inferior de la espalda	\$78
Radiografía de cuello	\$100
Radiografía de los huesos del cuello	\$73
Radiografía de hombro	\$64
Radiografía del área del estómago (completa)	\$98
Radiografía del área del estómago (una vista)	\$60
Radiografía de muñeca (completa)	\$79
Radiografía de muñeca (dos vistas)	\$64
Pruebas de Laboratorio	
Prueba de albúmina	\$10
Prueba de fosfatasa alcalina	\$11
Prueba de alergias	\$11
Prueba de alanina aminotransferasa (ALT)	\$11
Prueba de amilasa	\$14
Prueba de aspartato aminotransferasa (AST)	\$11
Prueba de bilirrubina (total)	\$11
Análisis de anticuerpos en la sangre	\$9

(continúa)

Estas tarifas estimadas están vigentes a partir del 1 de enero de 2018 y podrían cambiar sin previo aviso.

Las tarifas que se muestran son únicamente para servicios profesionales y no incluyen las tarifas del centro de atención u otros servicios.

SERVICIO	TARIFAS ESTIMADAS
Pruebas de Laboratorio (continuación)	
Prueba de coagulación de sangre	\$8
Prueba de glucosa en la sangre, diagnóstica	\$8
Prueba de glucosa en la sangre, de control*	\$21
Prueba de calcio (total)	\$11
Prueba de los niveles de colesterol	\$9
Hemograma completo	\$16
Prueba de creatinina	\$11
Prueba del antígeno de superficie de hepatitis B*	\$22
Prueba de hepatitis C*	\$30
Prueba de función renal	\$8
Prueba química de laboratorio de creatina quinasa	\$14
Panel de lípidos*	\$28
Prueba de magnesio	\$14
Prueba de Papanicolaou, prueba de detección de cáncer de cuello uterino*	\$22
Prueba de fósforo	\$10
Prueba de potasio	\$10
Prueba de embarazo	\$16
Examen de la próstata*	\$39
Prueba de sodio	\$10
Prueba de detección de estreptococos con hisopado	\$42
Prueba de detección de sangre en las heces*	\$7
Prueba de la hormona estimulante de la tiroides	\$36
Recuento de colonias bacterianas en orina*	\$17
Examen de orina (completo)	\$7
Examen de orina (solo con tira reactiva)	\$5
Examen de orina (solo microanálisis)	\$6

*Dependiendo de su plan, estos servicios podrían ser preventivos y estar cubiertos sin ningún costo o con un copago. Para obtener más información, consulte su *Evidencia de Cobertura* o la *Descripción Resumida del Plan*.

Estas tarifas estimadas están vigentes a partir del 1 de enero de 2018 y podrían cambiar sin previo aviso.

Las tarifas que se muestran son únicamente para servicios profesionales y no incluyen las tarifas del centro de atención u otros servicios.

Kaiser Permanente no discrimina a ninguna persona por su edad, raza, etnia, color, país de origen, antecedentes culturales, ascendencia, religión, sexo, identidad de género, expresión de género, orientación sexual, estado civil, discapacidad física o mental, fuente de pago, información genética, ciudadanía, lengua materna o estado migratorio.

La Central de Llamadas de Servicio a los Miembros (Member Service Contact Center) brinda servicios de asistencia con el idioma las 24 horas del día, los siete días de la semana (excepto los días festivos). Se ofrecen servicios de interpretación sin costo alguno para usted durante el horario de atención, incluido el lenguaje de señas. También podemos ofrecerle a usted, a sus familiares y amigos cualquier ayuda especial que necesiten para acceder a nuestros centros de atención y servicios. Además, puede solicitar los materiales del plan de salud traducidos a su idioma, y también los puede solicitar con letra grande o en otros formatos que se adapten a sus necesidades. Para obtener más información, llame al **1-800-788-0616** (los usuarios de la línea TTY deben llamar al **711**).

Una queja es una expresión de inconformidad que manifiesta usted o su representante autorizado a través del proceso de quejas. Una queja incluye una queja formal o una apelación. Por ejemplo, si usted cree que ha sufrido discriminación de nuestra parte, puede presentar una queja. Consulte su *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* o *Certificado de Seguro (Certificate of Insurance)*, o comuníquese con un representante de Servicio a los Miembros (Member Services) para conocer las opciones de resolución de disputas que le corresponden. Esto tiene especial importancia si es miembro de Medicare, MediCal, MRMIP (Major Risk Medical Insurance Program, Programa de Seguro Médico para Riesgos Mayores), MediCal Access, FEHBP (Federal Employees Health Benefits Program, Programa de Beneficios Médicos para los Empleados Federales) o CalPERS ya que dispone de otras opciones para resolver disputas.

Puede presentar una queja de las siguientes maneras:

- completando un formulario de queja o de reclamación/solicitud de beneficios en una oficina de Servicio a los Miembros ubicada en un centro del plan (consulte las direcciones en *Su Guía*)
- enviando por correo su queja por escrito a una oficina de Servicio a los Miembros en un centro del plan (consulte las direcciones en *Su Guía*)
- llamando a la línea telefónica gratuita de la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-788-0616** (los usuarios de la línea TTY deben llamar al **711**)
- completando el formulario de queja en nuestro sitio web en **kp.org**

Llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros si necesita ayuda para presentar una queja.

Se le informará al coordinador de derechos civiles (Civil Rights Coordinator) de Kaiser Permanente de todas las quejas relacionadas con la discriminación por motivos de raza, color, país de origen, género, edad o discapacidad. También puede comunicarse directamente con el coordinador de derechos civiles de Kaiser Permanente en One Kaiser Plaza, 12th Floor, Suite 1223, Oakland, CA 94612.

También puede presentar una queja formal de derechos civiles de forma electrónica ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U. S. Department of Health and Human Services) mediante el portal de quejas formales de la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights), en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo postal o por teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (línea TDD). Los formularios de queja formal están disponibles en www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.