

Lista de muestra de precios¹ de Kaiser Permanente para 2025

¿Qué es una lista de muestra de precios?

Una lista de muestra de precios le ayuda a entender los costos de la atención médica, ya que le indica los montos estimados que usted podría pagar por determinados servicios.² Tenga en cuenta que esta lista no incluye los costos de los servicios hospitalarios, y el monto que finalmente se le cobrará podría variar según la atención que reciba, el tipo de centro de atención que visite, los detalles de su plan y si ya alcanzó su deducible.

Obtenga una estimación de costos

Si es miembro de Kaiser Permanente, es fácil tener una idea de los costos antes de recibir atención. Ingrese en kp.org/costestimates (en inglés) para obtener una estimación personalizada basada en los beneficios de su plan.

¿Cómo puedo usar la lista?

La lista de muestra de precios puede ser de ayuda para lo siguiente:

- Elegir el plan adecuado de organización para el mantenimiento de la salud (*Health Maintenance Organization*, HMO) con deducible de Kaiser Permanente durante la inscripción abierta.
- Calcular cuánto pagará por los servicios antes de que alcance el deducible.
- Identificar los servicios de atención preventiva, que en su mayoría están cubiertos sin costo (para obtener una lista completa, ingrese en kp.org/prevencion).
- Calcular cuánto debe aportar a una cuenta de gastos flexibles (*flexible spending account*, FSA) o cuenta de ahorros para gastos médicos (*health savings account*, HSA) asociada a su plan según la atención que espera recibir.

¿Qué pasará después de que alcance el deducible?

Por lo general, deberá pagar los costos totales de los servicios cubiertos hasta que alcance un monto fijo que se conoce como "deducible". Luego, empezará a pagar menos: un copago o un porcentaje de los cargos (llamado "coseguro") durante el resto del año. (Según su plan, es posible que pague un coseguro o copagos por algunos servicios sin tener que alcanzar el deducible).

Esto significa que por algunos servicios podría pagar menos que los costos estimados que se indican en la lista de muestra de precios una vez que alcance el deducible. Estos son algunos ejemplos:

Servicio	Precios estimados	Lo que paga antes de alcanzar el deducible	Lo que paga después de alcanzar el deducible
Radiografía de ambas rodillas	\$165	Cargos totales: \$165	Copago o coseguro (p. ej., \$10 o el 20 % del precio estimado)
Ultrasonido de la pelvis	\$435	Cargos totales: \$435	Copago o coseguro (p. ej., \$20 o el 30 % del precio estimado)
Prueba de esfuerzo	\$268	Cargos totales: \$268	Copago o coseguro (p. ej., \$25 o el 40 % del precio estimado)

¿Tiene preguntas?

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

1. Los precios estimados que se incluyen en esta lista de muestra son válidos a partir del 1 de enero de 2025 y podrían cambiar sin previo aviso. Esta lista de muestra de precios corresponde únicamente a los miembros que reciben servicios médicos en los centros de atención de Kaiser Permanente. **2.** Los servicios profesionales normalmente se proporcionan en un consultorio médico, incluidas las visitas al consultorio de un médico, las pruebas de laboratorio y las radiografías. Es posible que también incluyan servicios médicos que se proporcionen en un hospital.

El monto que realmente se le cobre podría variar según la atención que reciba, el tipo de centro de atención que visite, los detalles de su plan y si ya alcanzó su deducible.

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

SERVICIO	PRECIOS ESTIMADOS
Visitas al consultorio	
Visita de paciente nuevo, nivel 2*	\$150
Visita de paciente nuevo, nivel 3*	\$230
Visita de paciente nuevo, nivel 4*	\$340
Visita de paciente nuevo, nivel 5 (gravedad alta)*	\$450
Visita de paciente existente, nivel 1 (gravedad baja)*	\$50
Visita de paciente existente, nivel 2*	\$120
Visita de paciente existente, nivel 3*	\$190
Visita de paciente existente, nivel 4*	\$265
Visita de paciente existente, nivel 5 (gravedad alta)*	\$370
Visitas al consultorio (preventivas)	
Visita de bienestar infantil, paciente nuevo (menores de 1 año)*	\$275
Visita de bienestar infantil, paciente nuevo (de 1 a 4 años)*	\$285
Visita de bienestar infantil, paciente nuevo (de 5 a 11 años)*	\$295
Visita de bienestar infantil, paciente nuevo (de 12 a 17 años)*	\$330
Visita de bienestar de adultos, paciente nuevo (de 18 a 39 años)*	\$320
Visita de bienestar de adultos, paciente nuevo (de 40 a 64 años)*	\$370
Visita de bienestar de adultos, paciente nuevo (mayores de 65 años)*	\$400
Visita de bienestar infantil, paciente existente (menores de 1 año)*	\$245
Visita de bienestar infantil, paciente existente (de 1 a 4 años)*	\$260
Visita de bienestar infantil, paciente existente (de 5 a 11 años)*	\$260
Visita de bienestar infantil, paciente existente (de 12 a 17 años)*	\$285
Visita de bienestar de adultos, paciente existente (de 18 a 39 años)*	\$290
Visita de bienestar de adultos, paciente existente (de 40 a 64 años)*	\$305
Visita de bienestar de adultos, paciente existente (mayores de 65 años)*	\$330
Visitas de psicoterapia	
Terapia psicológica grupal	\$38
Terapia	\$144

Los costos reales podrían variar

Estos son solo precios de muestra. Los miembros de Kaiser Permanente pueden obtener una estimación basada en los detalles de su plan en kp.org/costestimates (en inglés).

*Según su plan, estos servicios podrían ser preventivos y estar cubiertos sin 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)*.

Estos precios estimados son válidos a partir del 1 de enero de 2025 y podrían cambiar sin previo aviso.

Los precios que se muestran son únicamente para servicios profesionales y no se incluyen los precios de centros de atención u otros servicios. El monto que realmente se le cobre podría variar según la atención que reciba, el tipo de centro de atención que visite, los detalles de su plan y si ya alcanzó su deducible.

SERVICIO	PRECIOS ESTIMADOS
Exámenes de la vista	
Examen de la vista, visita de rutina, paciente nuevo*	\$156
Tratamiento y examen de la vista, paciente nuevo	\$269
Examen de la vista, visita de rutina, paciente existente*	\$163
Tratamiento y examen de la vista, paciente existente	\$229
Prueba de detección de la vista*	\$13
Servicios para la audición	
Evaluación integral de audiometría	\$130
Limpieza de oído	\$167
Prueba del tímpano	\$60
Prueba de detección auditiva (tono puro, solo aire)*	\$50
Servicios de fisioterapia	
Terapia de electroestimulación, solo tratamiento	\$19
Evaluación de fisioterapia*	\$155
Fisioterapia, aplicación de calor y frío, solo tratamiento	\$10
Fisioterapia, ultrasonido, solo tratamiento	\$22
Ejercicios de fisioterapia, solo tratamiento	\$45
Vacunas y otras inyecciones	
Vacuna contra la alergia	\$41
Vacuna contra la varicela*	\$137
Vacuna de refuerzo contra la difteria y el tétanos*	\$38
Vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina*	\$47
Vacuna contra la gripe (personas mayores de 6 meses)	\$38
Vacuna contra la hepatitis B*	\$118
Vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola*	\$93
Vacuna contra la poliomielitis*	\$53
Inyección terapéutica, profiláctica o de diagnóstico (solo la administración, no incluye el medicamento)*	\$53
Inyección intrarterial terapéutica, profiláctica o de diagnóstico (solo la administración, no incluye el medicamento)*	\$70

Los costos reales podrían variar

Estos son solo precios de muestra. Los miembros de Kaiser Permanente pueden obtener una estimación basada en los detalles de su plan en kp.org/costestimates (en inglés).

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

Estos precios estimados son válidos a partir del 1 de enero de 2025 y podrían cambiar sin previo aviso.

Los precios que se muestran son únicamente para servicios profesionales y no se incluyen los precios de centros de atención u otros servicios. El monto que realmente se le cobre podría variar según la atención que reciba, el tipo de centro de atención que visite, los detalles de su plan y si ya alcanzó su deducible.

SERVICIO	PRECIOS ESTIMADOS
Pruebas y procedimientos	
Prueba de capacidad respiratoria	\$104
Tratamiento respiratorio	\$31
Colonoscopia y extirpación de tejido anormal con cauterización*	\$1,762
Colonoscopia y extirpación de tejido anormal con técnica de asa*	\$1,622
Colonoscopia y extirpación de tejido del colon para examinarlo*	\$1,576
Colonoscopia de diagnóstico	\$1,219
Rectosigmoidoscopia de diagnóstico	\$473
Sigmoidoscopia de diagnóstico	\$701
Drenaje de fluido alrededor de una articulación inflamada	\$226
Electrocardiograma (ECG)	\$52
Monitoreo fetal*	\$164
Biopsia por incisión de la piel (p. ej., un trozo), una sola lesión	\$575
Biopsia en sacabocados (perforación de la piel), una sola lesión	\$463
Extirpación de áreas anormales de la piel	\$25
Sigmoidoscopia y extirpación de tejido para examinarlo*	\$1,082
Prueba de esfuerzo	\$268
Destrucción quirúrgica de un área anormal de la piel	\$247
Biopsia por raspado de la piel (p. ej., por rasurado, saucerización o curetaje), una sola lesión	\$373
Ultrasonido del corazón	\$522
Radiografías, tomografías computarizadas (TC) y otros estudios de imágenes diagnósticas	
TC del tórax con medio de contraste	\$1,055
TC de la pelvis con medio de contraste	\$1,455
TC de la pelvis sin medio de contraste	\$835
TC de los conductos y senos nasales	\$1,095
TC del área del estómago con medio de contraste	\$1,485
TC del área del estómago sin medio de contraste	\$855
Mamografía de diagnóstico (unilateral)	\$515
Mamografía de diagnóstico (bilateral)	\$650

(continúa)

Los costos reales podrían variar

Estos son solo precios de muestra. Los miembros de Kaiser Permanente pueden obtener una estimación basada en los detalles de su plan en kp.org/costestimates (en inglés).

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

Estos precios estimados son válidos a partir del 1 de enero de 2025 y podrían cambiar sin previo aviso.

Los precios que se muestran son únicamente para servicios profesionales y no se incluyen los precios de centros de atención u otros servicios. El monto que realmente se le cobre podría variar según la atención que reciba, el tipo de centro de atención que visite, los detalles de su plan y si ya alcanzó su deducible.

SERVICIO	PRECIOS ESTIMADOS
Radiografías, tomografías computarizadas (TC) y otros estudios de imágenes diagnósticas <i>(continuación)</i>	
Mamografía (prueba de detección)*	\$530
Imágenes por resonancia magnética (<i>magnetic resonance imaging, MRI</i>) del tronco encefálico con contraste	\$1,720
MRI cardíaca de estrés con o sin contraste	\$2,695
MRI del cuello con contraste	\$1,570
Ultrasonido de embarazo	\$625
Revisión de TC de la cabeza o del cerebro	\$665
Ultrasonido de la pelvis	\$435
Ultrasonido del área del estómago	\$475
Ultrasonido vaginal	\$490
Radiografía para detectar osteoporosis	\$160
Radiografía de tobillo	\$135
Radiografía de tobillo (completo)	\$150
Radiografía de rodilla (completa)	\$195
Radiografía de ambas rodillas	\$165
Radiografía de tórax (unilateral)	\$105
Radiografía de tórax (bilateral)	\$140
Radiografía de dedos de la mano	\$160
Radiografía de pie (completo)	\$140
Radiografía de mano (completa)	\$155
Radiografía del área del estómago (completa)	\$205
Radiografía de muñeca (completa)	\$170
Pruebas de laboratorio	
Prueba de albúmina	\$15
Prueba de fosfatasa alcalina	\$15
Prueba de alergias	\$15
Prueba de alanina aminotransferasa (ALT)	\$15
Prueba de amilasa	\$20
Prueba de aspartato aminotransferasa (AST)	\$15

(continúa)

Los costos reales podrían variar

Estos son solo precios de muestra. Los miembros de Kaiser Permanente pueden obtener una estimación basada en los detalles de su plan en kp.org/costestimates (en inglés).

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

Estos precios estimados son válidos a partir del 1 de enero de 2025 y podrían cambiar sin previo aviso.

Los precios que se muestran son únicamente para servicios profesionales y no se incluyen los precios de centros de atención u otros servicios. El monto que realmente se le cobre podría variar según la atención que reciba, el tipo de centro de atención que visite, los detalles de su plan y si ya alcanzó su deducible.

SERVICIO	PRECIOS ESTIMADOS
Pruebas de laboratorio (continuación)	
Prueba de bilirrubina (total)	\$15
Prueba de detección de anticuerpos en la sangre	\$10
Prueba de coagulación de la sangre	\$10
Prueba de azúcar en la sangre, de diagnóstico	\$10
Prueba de azúcar en la sangre, monitoreo*	\$30
Prueba de calcio (total)	\$15
Prueba de nivel de colesterol	\$10
Hemograma completo	\$20
Prueba de creatinina	\$15
Prueba de detección del antígeno de superficie de la hepatitis B*	\$30
Prueba de hepatitis C*	\$40
Prueba de función renal	\$10
Análisis químico de laboratorio de creatina quinasa	\$20
Perfil lipídico*	\$40
Prueba de magnesio	\$20
Prueba de Papanicolaou, prueba de detección del cáncer cervicouterino*	\$60

Los costos reales podrían variar

Estos son solo precios de muestra. Los miembros de Kaiser Permanente pueden obtener una estimación basada en los detalles de su plan en kp.org/costestimates (en inglés).

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

Estos precios estimados son válidos a partir del 1 de enero de 2025 y podrían cambiar sin previo aviso.

Los precios que se muestran son únicamente para servicios profesionales y no se incluyen los precios de centros de atención u otros servicios. El monto que realmente se le cobre podría variar según la atención que reciba, el tipo de centro de atención que visite, los detalles de su plan y si ya alcanzó su deducible.