

# Lista de muestra de precios<sup>1</sup> de Kaiser Permanente para 2024

## ¿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.<sup>2</sup> 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.

## ¿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](https://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.

## 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](https://kp.org/costestimates) (en inglés) para obtener una estimación personalizada basada en los beneficios de su plan.

## ¿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	Costos estimados	Lo que paga antes de alcanzar el deducible	Lo que paga después de alcanzar el deducible
Radiografía de ambas rodillas	\$170	Cargos totales: \$170	Copago o coseguro (p. ej., \$10 o el 20 % del costo estimado)
Ultrasonido de la pelvis	\$440	Cargos totales: \$440	Copago o coseguro (p. ej., \$20 o el 30 % del costo estimado)
Prueba de esfuerzo	\$258	Cargos totales: \$258	Copago o coseguro (p. ej., \$25 o el 40 % del costo estimado)

## ¿Tiene alguna pregunta?

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 costos estimados que se incluyen en esta lista de muestra son válidos a partir del 1 de enero de 2024 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	COSTOS ESTIMADOS
<b>Visitas al consultorio</b>	
Visita de paciente nuevo, nivel 2*	\$150
Visita de paciente nuevo, nivel 3*	\$225
Visita de paciente nuevo, nivel 4*	\$335
Visita de paciente nuevo, nivel 5 (gravedad alta)*	\$440
Visita de paciente existente, nivel 1 (gravedad baja)*	\$50
Visita de paciente existente, nivel 2*	\$115
Visita de paciente existente, nivel 3*	\$185
Visita de paciente existente, nivel 4*	\$260
Visita de paciente existente, nivel 5 (gravedad alta)*	\$360
<b>Visitas al consultorio (preventivas)</b>	
Visita de bienestar infantil, paciente nuevo (menores de 1 año)*	\$270
Visita de bienestar infantil, paciente nuevo (de 1 a 4 años)*	\$280
Visita de bienestar infantil, paciente nuevo (de 5 a 11 años)*	\$290
Visita de bienestar infantil, paciente nuevo (de 12 a 17 años)*	\$325
Visita de bienestar de adultos, paciente nuevo (de 18 a 39 años)*	\$315
Visita de bienestar de adultos, paciente nuevo (de 40 a 64 años)*	\$360
Visita de bienestar de adultos, paciente nuevo (mayores de 65 años)*	\$395
Visita de bienestar infantil, paciente existente (menores de 1 año)*	\$240
Visita de bienestar infantil, paciente existente (de 1 a 4 años)*	\$255
Visita de bienestar infantil, paciente existente (de 5 a 11 años)*	\$255
Visita de bienestar infantil, paciente existente (de 12 a 17 años)*	\$280
Visita de bienestar de adultos, paciente existente (de 18 a 39 años)*	\$285
Visita de bienestar de adultos, paciente existente (de 40 a 64 años)*	\$300
Visita de bienestar de adultos, paciente existente (mayores de 65 años)*	\$325
<b>Visitas de psicoterapia</b>	
Terapia psicológica grupal	\$39
Terapia	\$145

## Los costos reales podrían variar

Estos son solo precios de muestra. Los miembros de Kaiser Permanente pueden obtener una estimación basada en los detalles del plan en [kp.org/costestimates](https://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 costos estimados son válidos a partir del 1 de enero de 2024 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	COSTOS ESTIMADOS
<b>Exámenes de la vista</b>	
Examen de la vista, visita de rutina, paciente nuevo*	\$173
Tratamiento y examen de la vista, paciente nuevo	\$298
Examen de la vista, visita de rutina, paciente existente*	\$181
Tratamiento y examen de la vista, paciente existente	\$253
Prueba de detección de la vista*	\$11
<b>Servicios para la audición</b>	
Evaluación integral de audiometría	\$130
Limpieza de oído	\$165
Prueba del tímpano	\$59
Prueba de detección auditiva (tono puro, solo aire)*	\$47
<b>Servicios de fisioterapia</b>	
Terapia de electroestimulación, solo tratamiento	\$21
Evaluación de fisioterapia*	\$169
Fisioterapia, aplicación de calor y frío, solo tratamiento	\$11
Fisioterapia, ultrasonido, solo tratamiento	\$24
Ejercicios de fisioterapia, solo tratamiento	\$50
<b>Vacunas y otras inyecciones</b>	
Vacuna contra la alergia	\$39
Vacuna contra la varicela*	\$135
Vacuna de refuerzo contra la difteria y el tétanos*	\$38
Vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina*	\$46
Vacuna contra la gripe (personas mayores de 6 meses)	\$36
Vacuna contra la hepatitis B*	\$118
Vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola*	\$92
Vacuna contra la poliomielitis*	\$52
Inyección terapéutica, profiláctica o de diagnóstico (solo la administración, no incluye el medicamento)*	\$51
Inyección intrarterial terapéutica, profiláctica o de diagnóstico (solo la administración, no incluye el medicamento)*	\$67

## Los costos reales podrían variar

Estos son solo precios de muestra. Los miembros de Kaiser Permanente pueden obtener una estimación basada en los detalles del plan en [kp.org/costestimates](https://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 costos estimados son válidos a partir del 1 de enero de 2024 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.

## Costos estimados de Kaiser Permanente para 2024 Norte de California

SERVICIO	COSTOS ESTIMADOS
<b>Pruebas y procedimientos</b>	
Prueba de capacidad respiratoria	\$100
Tratamiento respiratorio	\$35
Colonoscopia y extirpación de tejido anormal con cauterización*	\$1,771
Colonoscopia y extirpación de tejido anormal con técnica de asa*	\$1,623
Colonoscopia y extirpación de tejido del colon para examinarlo*	\$1,580
Colonoscopia de diagnóstico	\$1,218
Rectosigmoidoscopia de diagnóstico	\$475
Sigmoidoscopia de diagnóstico	\$698
Drenaje de fluido alrededor de una articulación inflamada	\$224
Electrocardiograma (ECG)	\$51
Monitoreo fetal*	\$162
Biopsia por incisión de la piel (p. ej., un trozo), una sola lesión	\$576
Biopsia en sacabocados (perforación de la piel), una sola lesión	\$464
Extirpación de áreas anormales de la piel	\$25
Sigmoidoscopia y extirpación de tejido para examinarlo*	\$1,083
Prueba de esfuerzo	\$258
Destrucción quirúrgica de un área anormal de la piel	\$243
Biopsia por raspado de la piel (p. ej., por rasurado, saucerización o curetaje), una sola lesión	\$376
Ultrasonido del corazón	\$515
<b>Radiografías, tomografías computarizadas (TC) y otros estudios de imágenes diagnósticas</b>	
Tomografía computarizada (TC) del tórax con medio de contraste	\$1,060
Tomografía computarizada (TC) de la pelvis con medio de contraste	\$1,445
Tomografía computarizada (TC) de la pelvis sin medio de contraste	\$840
Tomografía computarizada (TC) de los conductos y senos nasales	\$1,105
Tomografía computarizada (TC) del área del estómago con medio de contraste	\$1,475
Tomografía computarizada (TC) del área del estómago sin medio de contraste	\$860
Mamografía de diagnóstico (unilateral)	\$525
Mamografía de diagnóstico (bilateral)	\$660

(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 del plan en [kp.org/costestimates](https://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 costos estimados son válidos a partir del 1 de enero de 2024 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.

## Costos estimados de Kaiser Permanente para 2024 Norte de California

SERVICIO	COSTOS ESTIMADOS
<b>Radiografías, tomografías computarizadas (TC) y otros estudios de imágenes diagnósticas</b> <i>(continuación)</i>	
Mamografía (prueba de detección)*	\$540
Imágenes por resonancia magnética ( <i>magnetic resonance imaging</i> , MRI) del tronco encefálico con contraste	\$1,735
Imágenes por resonancia magnética (MRI) cardiaca de estrés con o sin contraste	\$2,720
Imágenes por resonancia magnética (MRI) del cuello con contraste	\$1,580
Ultrasonido de embarazo	\$625
Revisión de tomografía computarizada (TC) de la cabeza o del cerebro	\$670
Ultrasonido de la pelvis	\$440
Ultrasonido del área del estómago	\$485
Ultrasonido vaginal	\$505
Radiografía para detectar osteoporosis	\$160
Radiografía de tobillo	\$135
Radiografía de tobillo (completo)	\$155
Radiografía de ambas rodillas	\$170
Radiografía de tórax (bilateral)	\$140
Radiografía de dedos de la mano	\$160
Radiografía de pie (completo)	\$145
Radiografía de mano (completa)	\$155
Radiografía del área del estómago (completa)	\$210
Radiografía de muñeca (completa)	\$175
<b>Pruebas de laboratorio</b>	
Prueba de albúmina	\$15
Prueba de fosfatasa alcalina	\$15
Prueba de alergias	\$15
Prueba de alanina aminotransferasa (alanine aminotransferase, ALT)	\$15
Prueba de amilasa	\$20
Prueba de aspartato aminotransferasa (aspartate aminotransferase, 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 del plan en [kp.org/costestimates](https://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 costos estimados son válidos a partir del 1 de enero de 2024 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	COSTOS ESTIMADOS
<b>Pruebas de laboratorio</b> (continuación)	
Prueba de bilirrubina (total)	\$15
Prueba de detección de anticuerpos en la sangre	\$15
Prueba de coagulación de la sangre	\$15
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	\$15
Hemograma completo	\$25
Prueba de creatinina	\$15
Prueba de detección del antígeno de superficie de la hepatitis B*	\$35
Prueba de hepatitis C*	\$45
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 del plan en [kp.org/costestimates](https://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 costos estimados son válidos a partir del 1 de enero de 2024 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.