



# Carpenters Health & Welfare Trust Fund for California

## Comparación del Plan B y el Plan de Tarifa Fija

### LAS VENTAJAS EN UN SOLO VISTAZO

Este resumen es una descripción breve de los beneficios de Carpenters Health and Welfare Plan. En todos los casos, las Reglas y Reglamentos del Plan, incluido sus enmiendas, se tomarán como base para el pago de cualquier beneficio.

<b>► <i>Cuándo comunicarse con la Oficina del Fondo</i></b>	
Cuando tenga preguntas sobre: elegibilidad, beneficios, COBRA, incapacidad, seguro de vida, reclamaciones por muerte y desmembramiento accidentales (AD&D), beneficios de ortodoncia	Línea telefónica directa: (510) 633-0333 Línea telefónica gratuita: (888) 547-2054 Dirección electrónica: <a href="mailto:benefitservices@carpenterfunds.com">benefitservices@carpenterfunds.com</a> Web: <a href="http://www.carpenterfunds.com">www.carpenterfunds.com</a>
<b>► <i>Contacto para beneficios dentales</i></b>	
Delta Dental (Delta Preferred Option) (800) 765-6003, Web: <a href="http://www.deltadentalins.com">www.deltadentalins.com</a>	
<b>► <i>Programa de Asistencia a los Miembros (Member Assistance Program, MAP)</i></b>	
Ofrecido a través de Anthem Blue Cross (PPO). Disponible para todos los participantes, independiente de la opción de plan médico seleccionado.	Anthem (800) 999-7222 Web: <a href="http://www.AnthemEAP.com">www.AnthemEAP.com</a>
<b>► <i>Con quién comunicarse si tiene preguntas sobre su Plan Médico de Indemnización</i></b>	
Reclamaciones	Línea telefónica directa: (510) 633-0333 Línea telefónica gratuita: (888) 547-2054
Beneficio de audífonos	Dirección electrónica: <a href="mailto:benefitservices@carpenterfunds.com">benefitservices@carpenterfunds.com</a> Web: <a href="http://www.carpenterfunds.com">www.carpenterfunds.com</a>
Cómo encontrar a un proveedor participante dentro y fuera de California	Anthem (800) 810-2583 Web: <a href="http://www.anthem.com">www.anthem.com</a>
Para recibir respuesta a sus preguntas sobre problemas médicos que no sean de emergencia	NurseLine (línea de enfermería) de Anthem 24/7 (800) 700-9184
Organización de Revisión para preautorizaciones requeridas: dentro o fuera de California	Anthem Blue Cross (800) 274-7767 (solo médicos)
Medicamentos de venta con receta	Express Scripts (800) 939-7093 Web: <a href="http://www.express-scripts.com">www.express-scripts.com</a> Oficina del Fondo: (888) 547-2054
Beneficios de la vista	Vision Service Plan (VSP) (800) 877-7195 Web: <a href="http://www.vsp.com">www.vsp.com</a>
<b>► <i>Con quién comunicarse si tiene preguntas sobre su Plan Kaiser</i></b>	
Departamento de Servicio a los Miembros de Kaiser (800) 464-4000, Web: <a href="http://members.kp.org">members.kp.org</a>	

Reforma de la atención médica: Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California cree que este Plan es un "plan médico protegido" según la Ley de Atención Asequible y Protección del Paciente (Patient Protection and Affordable Care Act) o Ley de Atención Asequible. Según lo permite la Ley de Atención Asequible, un plan médico protegido puede conservar cierta cobertura médica básica que ya estaba vigente cuando se aprobó la ley. Ser un plan médico protegido significa que podrían no requerirse ciertas protecciones al consumidor de la Ley de Atención Asequible que aplican a otros planes. Sin embargo, los planes médicos protegidos deben cumplir con ciertas otras protecciones para el consumidor de la Ley de Atención Asequible, por ejemplo la eliminación de límites de por vida en los beneficios.

Puede dirigir sus preguntas referentes a las protecciones que aplican y las que no aplican a un plan médico protegido, y lo que pudiera causar que un plan cambiara su estado de plan médico protegido, al administrador del Plan a: Plan Administrator, 265 Hegenberger Rd., Suite 100, Oakland, CA 94621. También puede comunicarse a la Administración de Seguridad de los Beneficios de los Empleados (Employee Benefits Security Administration) del Departamento de Trabajo de EE.UU. (U.S. Department of Labor) al 1-866-444-3272 o en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). En este sitio web encontrará una tabla que resume las protecciones que aplican y las que no aplican a los planes médicos protegidos.

<b>► Su opción de planes</b>	
<b>Kaiser</b> Una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO) que proporciona beneficios prepagados médicos, de medicamentos, de la vista y de audífonos a los participantes inscritos en este Plan con un pago garantizado de estos beneficios. Los participantes deben vivir dentro del área de servicio.	<b>Plan Médico de Indemnización</b> Es un plan integral de beneficios con un deducible anual y un límite en los gastos anuales de su propio bolsillo cubiertos. Después de que se alcanza el límite de gastos de su propio bolsillo de proveedores PPO cada año, el Plan pagará un 100% de los gastos cubiertos por la PPO durante el resto del año calendario.
<b>► Áreas de cobertura</b>	
<b>Kaiser</b> Véase en la página adjunta una lista de los códigos postales de las áreas cubiertas.	<b>Plan Médico de Indemnización</b> Las instalaciones PPO/participantes están disponibles en todo California y EE.UU. Llame al 1(888) 547-2054 para verificar los proveedores participantes de California, o al 1 (800) 810-2583 para los proveedores participantes fuera de California.
<b>► Selección de médicos</b>	
<b>Kaiser</b> Los miembros seleccionan un médico del personal de una instalación de Kaiser Permanente ubicada en su área de servicio. La atención de rutina, preventiva y de especialistas se proporciona en las instalaciones de Kaiser Permanente o se obtiene de proveedores participantes de Kaiser.	<b>Plan Médico de Indemnización</b> Los miembros pueden usar los servicios de los proveedores de su preferencia; sin embargo, para recibir los beneficios máximos, los miembros deben usar proveedores participantes/PPO.
<b>► Coordinación de beneficios</b>	
<b>Kaiser</b> No aplica.	<b>Plan Médico de Indemnización</b> También conocida como "Phantom COB", si el cónyuge del participante está empleado y el empleador ofrece seguro, el cónyuge debe elegir la cobertura. Si declina la cobertura, el Plan de Indemnización pagará hasta 20% de las facturas médicas cubiertas. El Fondo calculará los beneficios del otro plan colectivo al 80% de los gastos incurridos y coordinará sus beneficios con los beneficios calculados.
<b>► Deducible anual</b>	
<b>Kaiser</b> Ninguno.	<b>Plan Médico de Indemnización</b> Por persona: PPO: \$128, No PPO: \$257 Deducible máximo por familia: PPO: \$256, No PPO: \$514
<b>► Límites de gastos anuales de su propio bolsillo</b>	
<b>Kaiser</b> Límite en los copagos Por persona: \$1500 Por familia: \$3000	<b>Plan Médico de Indemnización</b> Para proveedores participantes: \$6,445 por persona, sin exceder \$12,890 por familia. No hay un máximo de su propio bolsillo por los cargos de proveedores no participantes.
<b>► Copagos</b>	
<b>Kaiser</b> Se muestran por cada servicio	<b>Plan Médico de Indemnización</b> Una vez que se satisface el deducible anual y hasta que se cumpla el límite de gastos de su propio bolsillo, el Plan paga: PPO al 80% de las tarifas negociadas y no PPO al 60% de los de los cargos permitidos de todos los beneficios, a menos que se indique otra cosa. Cargo permitido: La cantidad en dólares que el Fondo ha determinado permitir para los servicios o suministros médicamente necesarios cubiertos proporcionados por proveedores no participantes.

## BENEFICIO MÁXIMO ANUAL DE MÉDICO Y MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA

Kaiser Ninguno	Plan Médico de Indemnización Ninguno
----------------	--------------------------------------

### BENEFICIOS GENERALES

#### ► *Servicios de hospital*

<p><b>Kaiser</b> \$250 por admisión</p>	<p><b>Plan Médico de Indemnización</b>  <u>Pacientes internos:</u> Sujeto a deducibles y a límites de gastos de su propio bolsillo.  <u>Pacientes ambulatorios:</u> PPO: Pagado al 80% No PPO: Pagado al 60%; sin embargo, si no se pudo seleccionar el hospital usado debido a una emergencia y el paciente fue admitido de la sala de emergencia, el beneficio es un 80% de los cargos permitidos.</p>
---	--

#### ► *Sala de emergencia de un hospital*

<p><b>Kaiser</b> \$100 por visita, se dispensa en caso de admisión en el hospital.</p>	<p><b>Plan Médico de Indemnización</b> Sujeto a deducibles y a límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: Pagado al 80%; No PPO: Pagado al 60%; sin embargo, si no se pudo seleccionar el hospital usado debido a una emergencia, el beneficio es del 80% de los cargos permitidos.</p>
--	--

#### ► *Visitas al consultorio del médico*

<p><b>Kaiser</b> \$20 por visita</p>	<p><b>Plan Médico de Indemnización</b>  Sujeto a deducibles y a límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: Pagado al 80%, No PPO: Pagado al 60%</p>
--------------------------------------	--

#### ► *Servicios quirúrgicos*

<p><b>Kaiser</b> \$20 por procedimiento (pacientes ambulatorios)</p>	<p><b>Plan Médico de Indemnización</b>  Sujeto a deducibles y a límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: Pagado al 80%, No PPO: Pagado al 60%</p>
--	--

#### ► *Rayos X y laboratorio*

<p><b>Kaiser</b> Sin cargo</p>	<p><b>Plan Médico de Indemnización</b>  Sujeto a deducibles y a límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: Pagado al 80%, No PPO: Pagado al 60%</p>
--------------------------------	--

<b>► Maternidad</b>	
<b>Kaiser</b> \$5 por visita para las visitas prenatales programadas y la primera visita después del parto; \$250 de copago por admisión en el hospital para el parto.	<b>Plan Médico de Indemnización</b> Sujeto a deducibles y a límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: Pagado al 80%, No PPO: Pagado al 60%
<b>► Beneficios de esterilización</b>	
<b>Kaiser</b> Se requiere copago	<b>Plan Médico de Indemnización</b> Sujeto a deducibles y a límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: Pagado al 80%, No PPO: Pagado al 60%
<b>► Pruebas y tratamiento de alergias</b>	
<b>Kaiser</b> \$20 por visita para pruebas; \$3.00 por visita para inyección	<b>Plan Médico de Indemnización</b> Sujeto a deducibles y a límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: Pagado al 80%, No PPO: Pagado al 60%
<b>► Pruebas y tratamiento de alergias</b>	
<b>Kaiser</b> \$20 por visita para pruebas; \$3.00 por visita para inyección	<b>Plan Médico de Indemnización</b> Sujeto a deducibles y a límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: Pagado al 80%, No PPO: Pagado al 60%
<b>► Ambulancia</b>	
<b>Kaiser</b> Sin cargo	<b>Plan Médico de Indemnización</b> Sujeto a deducibles y a límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: Pagado al 80% No PPO: Pagado al 80% del cargo permitido
<b>► Atención médica en el hogar</b>	
<b>Kaiser</b> Sin costo, hasta 100 visitas por año calendario	<b>Plan Médico de Indemnización</b> Sujeto a deducibles y a límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: Pagado al 80%, No PPO: Pagado al 60%
<b>► Instalaciones de enfermería especializada</b>	
<b>Kaiser</b> Sin costo; limitado a 100 días por periodo de beneficio	<b>Plan Médico de Indemnización</b> Sujeto a deducibles y a límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: Pagado al 80%, No PPO: Pagado al 60%. Limitado a 70 días por periodo de internación. Se recomienda revisión de la utilización.
<b>► Terapia a corto plazo (física, del habla, ocupacional)</b>	
<b>Kaiser</b> \$20 por visita	<b>Plan Médico de Indemnización</b> Sujeto a deducibles y a límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: Pagado al 80%, No PPO: Pagado al 60%

<b>► Quiropráctico</b>	
<b>Kaiser</b> Autorreferencia; debe usar proveedores de la red. \$10 por visita, limitado a 30 visitas por año. Asignación de \$50 por año calendario para dispositivos quiroprácticos.	<b>Plan Médico de Indemnización</b> Beneficio solo para el participante y el cónyuge. Pago máximo de \$25 por visita y 20 visitas por año calendario. Sujeto a deducibles. Los límites de los gastos de su propio bolsillo no aplican a los cargos que excedan los máximos del Plan.
<b>► Acupuntura</b>	
<b>Kaiser</b> Disponible con referencia	<b>Plan Médico de Indemnización</b> Pago máximo de \$35 por visita y 20 visitas por año calendario. Sujeto a deducibles. Los límites de los gastos de su propio bolsillo no aplican a los cargos que excedan los máximos del Plan.
<b>► Podiatría</b>	
<b>Kaiser</b> \$20 por visita	<b>Plan Médico de Indemnización</b> Sujeto a deducibles y a límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: Pagado al 80%, No PPO: Pagado al 60%
<b>► Equipo médico duradero</b>	
<b>Kaiser</b> Sin cargo	<b>Plan Médico de Indemnización</b> Sujeto a deducibles y a límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: Pagado al 80%, No PPO: Pagado al 60%
<b>► Beneficios de la vista</b>	
<b>Kaiser</b> Examen de la vista: \$20 por visita; debe usar los servicios de Kaiser Optical.  Anteojos y lentes de contacto: Asignación máxima de \$125 para anteojos o lentes de contacto. El beneficio se renueva cada 24 meses.	<b>Plan Médico de Indemnización</b> Examen de la vista: A través de Vision Service Signature Choice Plan cada 12 meses después de un copago de \$10. Anteojos y lentes de contacto: Con cobertura a través de Vision Service Signature Choice Plan después de un copago de \$25 por los materiales. Proporciona un par de anteojos cada 12 meses y armazones cada 24 meses. Lentes de contacto visualmente necesarios pagados totalmente si los suministra un médico de VSP. Para otros lentes de contacto electivos, el Plan paga una asignación de hasta \$105 por honorarios profesionales y materiales.
<b>► Exámenes de la audición y audífonos</b>	
<b>Kaiser</b> Copago de \$20 por examen. El Plan paga: Asignación de \$2500 por dispositivo. Un dispositivo por oído cada 36 meses.	<b>Plan médico de indemnización</b> Límites máximos de los beneficios: 100%, hasta un máximo de \$800 por cada oído, incluido el examen sólo si se obtiene uno o más audífonos. Los audífonos se proporcionan cada 3 años. (No está sujeto a deducibles ni a límites de gastos de su propio bolsillo.)

## BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA

<p><b>Kaiser</b></p> <p><b><u>Farmacia minorista</u></b></p> <p>Genéricos minoristas:</p> <p>\$10 (30 días) \$20 (31-60 días) \$30 (61-100 días)</p> <p>De marca minoristas:</p> <p>\$30 (30 días) \$60 (31-60 días) \$90 (61-100 días)</p> <p>Los medicamentos de venta con receta de proveedores fuera de Kaiser (excepto dentistas si el medicamento es para atención dental) u otros medicamentos de venta con receta que no sean los obtenidos junto con atención de emergencia o atención urgente fuera del área cubierta NO están cubiertos.</p> <p><b><u>Pedidos por correo</u></b></p> <p>Medicamentos genéricos:</p> <p>\$10 (30 días) \$20 (31-100 días)</p> <p>Medicamentos de marca del formulario:</p> <p>\$30 (30 días) \$60 (31-100 días)</p> <p>Pedidos por correo sólo para reabastecer medicamentos de venta con receta. Llame a la farmacia Kaiser de su localidad para solicitar más detalles o consulte el sitio Web de Kaiser en <a href="http://www.kaiserpermanente.org">www.kaiserpermanente.org</a></p> <p>Las recetas de proveedores fuera de Kaiser (excepto los dentistas) NO están cubiertas.</p>	<p><b>Plan Médico de Indemnización</b></p> <p><u>Farmacia minorista</u></p> <p>\$10 por medicamentos genéricos del formulario</p> <p>Sólo farmacias minoristas participantes, a menos que no haya una en una distancia de 10 millas.</p> <p>\$10, MÁS la diferencia en costo entre el medicamento genérico y el de marca para marcas de múltiples fuentes.</p> <p>\$40 por medicamentos de marca del formulario de una sola fuente.</p> <p>\$60 por medicamentos no incluidos en el formulario: ciertos medicamentos no incluidos en el formulario no tiene cobertura sin autorización previa.</p> <p>Suministro de 30 días</p> <p><b><u>Los medicamentos de mantenimiento de venta con receta se deben surtir a través del programa de pedidos por correo.</u></b></p> <p><u>Pedidos por correo</u></p> <p>\$20 por medicamentos genéricos del formulario.</p> <p>\$20, MÁS la diferencia en costo entre el medicamento genérico y el de marca para marcas de múltiples fuentes</p> <p>\$80 por medicamentos de marca del formulario de una sola fuente.</p> <p>\$100 por medicamentos no incluidos en el formulario. Ciertos medicamentos no incluidos en el formulario no tienen cobertura sin autorización previa.</p> <p>En general, el Plan pagará 50% de todos los medicamentos de marca nuevos aprobados por la FDA durante los primeros 24 meses posteriores a la aprobación de la FDA.</p>
--	--

### ► **Terminología de medicamentos de venta con receta**

**Medicamento genérico:** Un medicamento identificado por su nombre químico, una versión equivalente a un medicamento de marca cuya patente exclusiva ha caducado.

**De marca de múltiples fuentes:** Un medicamento de marca que tiene un equivalente genérico.

**Medicamento de marca del formulario de una sola fuente:** Un medicamento de marca que no tiene equivalente genérico y que el administrador de beneficios de farmacia coloca en una lista de medicamentos preferidos del formulario.

**Medicamento no incluido en el formulario:** Un medicamento que NO se encuentra en una lista de medicamentos preferidos del formulario.

## BENEFICIOS DENTALES

Dentro de la red: Dentista de la PPO de Delta Dental

Máximo\*: \$2500 por paciente por año calendario

Servicios diagnósticos y preventivos: 100% de la tarifa negociada; servicios básicos: 80% de la tarifa negociada

Coronas y restauraciones moldeadas: 80% de la tarifa negociada; prostodoncia: 80% de la tarifa negociada

Fuera de la red de la PPO de Delta Dental

Máximo\*: \$2000 por paciente por año calendario

Servicios diagnósticos y preventivos: 100% de la tarifa negociada; servicios básicos: 50% de la tarifa negociada

Coronas y restauraciones moldeadas:

50% de la tarifa negociada; prostodoncia: 50% de la tarifa negociada

Máximo

El beneficio máximo es de \$2500 al año, reducido a \$2000 por los servicios de dentistas no DPO. Los máximos indicados arriba no son máximos separados

## BENEFICIOS DE ORTODONCIA

Beneficios de ortodoncia sólo para niños dependientes. Beneficios cubiertos por el Plan Médico de Indemnización, no por Delta Dental.

El Plan paga 50 % de los cargos cubiertos hasta un máximo de \$1500 por hijo dependiente hasta la edad de 19 años.

## ATENCIÓN PREVENTIVA

### ► *Examen físico para adultos*

**Kaiser** \$20 por visita

**Plan Médico de Indemnización**

Sólo para el participante y su cónyuge. Sujeto a deducibles y a límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: Pagado al 80%, No PPO: Pagado al 60%

### ► *Atención de niño sano/exámenes físicos de rutina para hijos dependientes*

**Kaiser** \$5 por visita hasta los dos años de edad, \$20 por visita de dos años de edad en adelante

**Plan Médico de Indemnización**

Sujeto al deducible y a los límites de gastos anuales de su propio bolsillo, PPO: Pagado al 80%, No PPO: Pagado al 60%. En el caso de los niños mayores dos años de edad, los beneficios se limitan a un examen físico por cualquier periodo de 12 meses.

### ► *Vacunación*

**Kaiser** Sin costo (adultos y niños)

**Plan Médico de Indemnización** Sujeto a deducibles y a límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: Pagado al 80%, No PPO: Pagado al 60%

## ATENCIÓN DE SALUD MENTAL

### ► *Pacientes internos (incluyendo tratamiento residencial)*

**Kaiser** \$250 por admisión (hasta 45 días por año calendario)

**Plan Médico de Indemnización.**

Dentro de la red - Sin deducible.

Fuera de la red - Sin deducible.

Sujeto a límites de gastos anuales de su propio bolsillo.

PPO: Pagado al 90% No PPO: Pagado al 60%

Todos los servicios deben estar preautorizados, de otra manera no se pagarán los beneficios

### ► *Tratamiento ambulatorios en un centro hospitalario*

**Kaiser**

\$20 visitas individuales / \$10 visitas de grupo.

**Plan Médico de Indemnización**

Dentro de la red: Sin deducible.

Fuera de la red: Sin deducible.

Sujeto a límites de gastos anuales de su propio bolsillo.

PPO: Pagado al 90% No PPO: Pagado al 60%

### ► *Atención de salud mental: Visitas al consultorio*

**Kaiser**

\$20 visitas individuales / \$10 visitas de grupo.  
Limitado a 20 visitas por año.

**Plan Médico de Indemnización**

Dentro de la red: Sin deducible.

Fuera de la red: Sin deducible.

Sujeto a límites de gastos anuales de su propio bolsillo.

PPO: Pagado al 90% No PPO: Pagado al 60%

## TRATAMIENTO DE FARMACODEPENDENCIA Y ALCOHOLISMO

### ► *Hospitalización*

**Kaiser** Copago de \$0, cubierto al 100%.

**Plan Médico de Indemnización**

Dentro de la red: 100%, sin deducible.

Fuera de la red: 60%, sin deducible.

Todos los tratamientos deben estar preautorizados, de otra manera no se pagarán los beneficios.

### ► *Tratamiento ambulatorio*

**Kaiser** \$20 visitas individuales / \$5 visitas de grupo.

**Plan Médico de Indemnización**

Dentro de la red: 100%, sin deducible.

Fuera de la red: 60%, sin deducible.

Todos los tratamientos deben estar preautorizados, de otra manera no se pagarán los beneficios.



## PROGRAMA DE ASISTENCIA A LOS MIEMBROS (MEMBER ASSISTANCE PROGRAM, MAP)

El Programa de Asistencia a los Miembros (MAP) ofrece sesiones de consejería con un consejero de la red Anthem de 4 visitas por incidente con un copago de \$0. Se proporcionan servicios como terapia de pareja, asistencia legal, asesoría financiera, protección de la identidad, asistencia para dejar de fumar, así como otros servicios de la vida laboral.

Servicios Disponibles	Ejemplos de Servicios Disponibles	Beneficio
Consejería	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorar sus relaciones personales y profesionales</li> <li>• Manejar el estrés</li> <li>• Romper un mal hábito o iniciar uno bueno</li> </ul>	Cuatro sesiones de consejería gratuitas en persona por cada preocupación
Asistencia legal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios legales de negocio personal</li> <li>• Asuntos penales</li> <li>• Asuntos del IRS</li> <li>• Servicios legales personales/familiares</li> </ul>	Consulta de 30 minutos por cada asunto individual entonces si se necesitan servicios adicionales, un descuento de 25%
Asesoría financiera	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnicas presupuestarias</li> <li>• Asesoramiento de la deuda</li> <li>• Planificación de divorcio</li> <li>• Planificación de jubilación</li> </ul>	Consultas telefónicas ilimitadas
La vida diaria (infantil y cuidado de personas de tercera edad)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guardería infantil</li> <li>• Guardería para adultos</li> <li>• Apoyo de Alzheimer's</li> <li>• Centros de enfermería especializada</li> </ul>	Servicios de referencia

**RANGO DE CÓDIGOS DE ÁREA DEL ÁREA DE SERVICIO  
DE NORTHERN CALIFORNIA PARA KAISER  
PERMANENTE NON-SENIOR ADVANTAGE (NON-KPSA)**

El área de servicio es solo la porción de los condados de Alameda, Amador, Contra Costa, El Dorado, Fresno, Kings, Madera, Marin, Mariposa, Napa, Placer, Sacramento, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara, Solano, Sonoma, Stanislaus, Sutter, Tulare, Yolo, y Yuba que se encuentra dentro de los siguientes códigos postales:

93230	93764-65	94232	94801-08	95115-36	95363	95630
93232	93771-79	94234-37	94820	95138-41	95366-68	95632-35
93238	93786	94239-40	94850	95148	95376-78	95638-41
93242	93790-94	94244	94901	95150-61	95380-82	95645
93261	93844	94247-50	94903-04	95164	95385-87	95648
93601-02	93888	94252	94912-15	95170	95391	95650-52
93604	94002	94254	94920	95172-73	95397	95655
93606-07	94005	94256-59	94922-31	95190-94	95401-07	95658-64
93609	94010-11	94261-63	94933	95196	95409	95667-74
93611-14	94014-28	94267-69	94937-42	95201-13	95416	95676-78
93616	94030	94271	94945-57	95215	95419	95680-83
93618-19	94035	94273-74	94960	95219-20	95421	95686-88
93623-27	94037-44	94277-80	94963-66	95227	95425	95690-98
93630-31	94060-66	94282-91	94970-79	95230-31	95430-31	95703
93636-39	94070	94293-98	94999	95234	95433	95722
93643-46	94074	94301-06	95002	95236-37	95436	95736
93648-54	94080	94309	95008-09	95240-42	95439	95741-42
93656-57	94083	94401-04	95011	95253	95441-42	95746-47
93660	94085-89	94497	95013-15	95258	95444	95757-59
93662	94102-05	94501-03	95020-21	95267	95446	95762-63
93666-69	94107-12	94505-31	95026	95269	95448	95765
93673	94114-34	94533-53	95030-33	95296-97	95450	95776
93675	94137	94555-83	95035-38	95304	95452	95798-99
93701-12	94139-47	94585-92	95042	95307	95462	95811-38
93714-18	94151	94595-99	95044	95313	95465	95840-43
93720-30	94158-61	94601-15	95046	95316	95471-73	95851-53
93737	94163-64	94617-24	95050-56	95319-20	95476	95860
93740-41	94172	94649	95070-71	95322-23	95486-87	95864-67
93744-45	94177	94659-62	95076	95326	95492	95894
93747	94188	94666	95101	95328-30	95602-05	95899
93750	94203-09	94701-10	95103	95336-37	95607-21	95903
93755	94211	94712	95106	95350-58	95623-26	95961
93760-61	94229-30	94720	95108-13	95360-61	95628	