


Todos los planes son ofrecidos y están garantizados por Kaiser Foundation Health Plan of Washington



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, consulte www.kp.org/plandocuments o llame al 1-888-901-4636 (TTY: 711). Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar al 1-888-901-4636 (TTY: 711) para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deducible</u> total?	\$500 por individuo/\$1,000 por familia	En general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta la cantidad <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si usted tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada uno debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos del <u>deducible</u> que pagaron todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> general de la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí. La <u>atención preventiva</u> y los servicios que se indican en la tabla que comienza en la página 2.	Este <u>plan</u> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <u>deducible</u> . Sin embargo, se podría aplicar un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No debe pagar <u>deducibles</u> por servicios específicos.
¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	\$3,000 por individuo/\$5,700 por familia	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada uno debe alcanzar su propio <u>límite de gastos de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> general de la familia.
¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	Las <u>primas</u> , los cargos por <u>facturación de saldo</u> , la atención médica que no cubre este <u>plan</u> y los servicios que se indican en la tabla que comienza en la página 2.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u> , visite my.kp.org/wf o llame al 1-888-901-4636 (TTY: 711).	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red</u> de <u>proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> que esté incluido en la <u>red</u> del <u>plan</u> . Pagará más si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su <u>plan</u> paga (<u>facturación de saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Necesita una <u>derivación</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ?	Sí, pero puede autoderivarse a ciertos <u>especialistas</u> .	Este <u>plan</u> pagará algunos o todos los costos para ver a un <u>especialista</u> por servicios cubiertos, pero solo si tiene una <u>derivación</u> antes de ver al <u>especialista</u> .

 Todos los copagos y el coseguro que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su deducible, si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor de la red (Usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si acude al consultorio o clínica del <u>proveedor</u>	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$25 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica.	No está cubierto	Ninguna
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$45 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica.	No está cubierto	Ninguna
	<u>Atención preventiva/ evaluación/vacunas</u>	Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica.	No está cubierto	Usted tendrá que pagar por los servicios que no son preventivos. Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son preventivos. Luego, consulte lo que su <u>plan</u> pagará.
Si se realiza un examen	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	No está cubierto sin <u>autorización previa</u> .

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor de la red (Usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en www.kp.org/formulary	Medicamentos genéricos preferidos	Al por menor: \$10 por <u>receta médica</u> ; orden por correo: \$20 por <u>receta médica</u> , el <u>deducible</u> no se aplica.	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días al por menor o hasta un suministro de 90 días en orden por correo. Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> .
	Medicamentos de marca preferidos	Al por menor: \$25 por <u>receta médica</u> ; orden por correo: \$50 por <u>receta médica</u> , el <u>deducible</u> no se aplica.	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días al por menor o hasta un suministro de 90 días en orden por correo. Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> .
	Medicamentos no preferidos	Al por menor: \$75 por <u>receta médica</u> ; orden por correo: \$150 por <u>receta médica</u> , el <u>deducible</u> no se aplica.	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días al por menor o hasta un suministro de 90 días en orden por correo. Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> .
	<u>Medicamentos de especialidad</u>	El <u>costo compartido</u> se aplica a los medicamentos genéricos preferidos, de marca preferidos o no preferidos.	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días al por menor. Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> cuando estén aprobados mediante el proceso de excepciones.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$45 por visita, después 20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la Sala de Emergencias</u>	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	Debe notificar a Kaiser Permanente dentro de las 24 horas si recibe servicios de un <u>proveedor fuera de la red</u> . Se limita únicamente a emergencias iniciales.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Atención de urgencia</u>	\$25 por consulta, el <u>deducible</u> no se aplica.	20% de <u>coseguro</u>	Los <u>proveedores fuera de la red</u> están cubiertos cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor de la red (Usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	No está cubierto sin <u>autorización previa</u> .
	Tarifas del médico/cirujano	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	No está cubierto sin <u>autorización previa</u> .
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$25 por consulta, el <u>deducible</u> no se aplica.	No está cubierto	Ninguna
	Servicios para pacientes hospitalizados	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	No está cubierto sin <u>autorización previa</u> .
Si está embarazada	Visitas al consultorio	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Los <u>costos compartidos</u> no se aplican para los <u>servicios preventivos</u> . Los cuidados de maternidad podrían incluir los exámenes y servicios que se describen en otras partes del SBC (por ejemplo, ecografía).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Debe notificar a Kaiser Permanente dentro de las 24 horas de la admisión o tan pronto como sea médicamente posible. Los <u>costos compartidos</u> de los servicios para recién nacidos están separados de los de la madre.
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Debe notificar a Kaiser Permanente dentro de las 24 horas de la admisión o tan pronto como sea médicamente posible. Los <u>costos compartidos</u> de los servicios para recién nacidos están separados de los de la madre.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor de la red (Usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Atención médica en el hogar</u>	20% de <u>coseguro</u> , el <u>deducible</u> no se aplica.	No está cubierto	Límite de 130 consultas por año. No está cubierto sin <u>autorización previa</u> .
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Paciente ambulatorio: \$25 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica. Paciente hospitalizado: 20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Paciente ambulatorio: Límite de 60 consultas por año, combinadas con <u>servicios de habilitación</u> . Paciente hospitalizado: Límite de 60 consultas por año, combinadas con <u>servicios de habilitación</u> . No está cubierto sin <u>autorización previa</u> .
	<u>Servicios de habilitación</u>	Paciente ambulatorio: \$25 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica. Paciente hospitalizado: 20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Paciente ambulatorio: Límite de 60 consultas por año, combinadas con <u>servicios de rehabilitación</u> . Paciente hospitalizado: Límite de 60 consultas por año, combinadas con <u>servicios de rehabilitación</u> . No está cubierto sin <u>autorización previa</u> .
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Límite de 100 consultas por año. No está cubierto sin <u>autorización previa</u> .
	<u>Equipo médico duradero</u>	Sin costo	No está cubierto	Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> . No está cubierto sin <u>autorización previa</u> .
	<u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u>	Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica.	No está cubierto	No está cubierto sin <u>autorización previa</u> .
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	\$25 por consulta para un examen de refracción, el <u>deducible</u> no se aplica.	No está cubierto	Limitado a 1 examen cada 12 meses.
	Anteojos para niños	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna
	Control dental para niños	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su Plan, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- Anteojos para niños
- Cirugía estética
- Atención dental (adultos y niños)
- Audífonos
- Cuidados a largo plazo
- Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Enfermería privada
- Cuidado de los pies de rutina
- Programas para perder peso

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).

- Acupuntura (se limita a 20 visitas por año)
- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica (se limita a 20 visitas por año)
- Tratamiento para la infertilidad
- Cuidado de los ojos de rutina (adultos)

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos se muestra en la siguiente tabla. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.CuidadoDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por la denegación de una reclamación. Esta queja se denomina queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha reclamación médica. Los documentos de su plan también dan toda la información para presentar una reclamación, una apelación o una queja formal por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con los organismos que aparecen en la siguiente tabla.

Información de contacto para obtener información sobre sus derechos a continuar con su cobertura y sus derechos a presentar quejas o apelaciones:

Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente	1-888-901-4636 (TTY: 711) o www.kp.org/wa
BenefitConnect™ COBRA	1-877-292-6272 o https://cobra.ehr.com
Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos	1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa/healthreform
Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros	1-877-267-2323 extensión 61565 o www.cciio.cms.gov
Departamento de Seguros de Washington	1-800-562-6900 o www.insurance.wa.gov

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles a través del Mercado u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de cobertura esencial mínima, tal vez no sea elegible para el crédito fiscal para primas del plan.

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí.

Si su plan no cumple con el valor mínimo estándar, es posible que cumpla con los requisitos para recibir un crédito fiscal para primas del plan que lo ayudará a pagar un plan en el Mercado.

Servicio de acceso a idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码1-888-901-4636 (TTY: 711).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijjigo holne' 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este plan cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus proveedores cobren y muchos otros factores. Fijese en las cantidades de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos por el plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos planes médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

- El deducible general del plan \$500
- Copago para el especialista \$45
- Coseguro del hospital (establecimiento) 20%
- Otro coseguro (análisis de sangre) 20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
 Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
 Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto
Exámenes de diagnóstico (*ecografías y análisis de sangre*)
 Consulta con un especialista (*anestesia*)

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

- El deducible general del plan \$500
- Copago para el especialista \$45
- Coseguro del hospital (establecimiento) 20%
- Otro coseguro (análisis de sangre) 20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
 Visitas en el consultorio del médico de atención primaria (*incluye la educación sobre enfermedades*)
Exámenes de diagnóstico (*análisis de sangre*)
Medicamentos con receta médica
Equipo médico duradero (*glucómetro*)

Fractura simple de Mía

(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- El deducible general del plan \$500
- Copago para el especialista \$45
- Coseguro del hospital (establecimiento) 20%
- Otro coseguro (radiografía) 20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Atención en la Sala de Emergencias (*incluye suministros médicos*)
Exámenes de diagnóstico (*radiografías*)
Equipo médico duradero (*muletas*)
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo	\$12,700
--------------------------------	-----------------

Costo total del ejemplo	\$5,600
--------------------------------	----------------

Costo total del ejemplo	\$2,800
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

En este ejemplo, Joe pagaría:

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$500
<u>Copagos</u>	\$10
<u>Coseguro</u>	\$2,200
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Peg pagaría es	\$2,730

<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$50
<u>Copagos</u>	\$800
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$850

<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$500
<u>Copagos</u>	\$200
<u>Coseguro</u>	\$300
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,000

El plan sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

Kaiser Permanente Nondiscrimination Notice and Language Access Services



KAISER PERMANENTE NONDISCRIMINATION NOTICE

Kaiser Foundation Health Plan of Washington and Kaiser Foundation Health Plan of Washington Options, Inc. ("Kaiser Permanente") comply with applicable federal civil rights laws and do not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, sexual orientation, gender identity, or any other basis protected by applicable federal, state, or local law. We also:

Provide free aids and services to people with disabilities to help ensure effective communication, such as:

- Qualified sign language interpreters
- Written information in other formats (large print, audio, and accessible electronic formats)
- Assistive devices (magnifiers, Pocket Talkers, and other aids)

Provide free language services to people whose primary language is not English, such as:

- Qualified interpreters
- Information written in other languages

If you need these services, contact Kaiser Permanente.

If you believe that Kaiser Permanente has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, sexual orientation, or gender identity, you can file a grievance. Please call us if you need help submitting a grievance. The Civil Rights Coordinator will be notified of all grievances related to discrimination.

Kaiser Permanente

Phone: 206-630-4636

Toll-free: 1-888-901-4636

TTY Washington Relay Service: 1-800-833-6388 or 711

TTY Idaho Relay Service: 1-800-377-3529 or 711

Electronically: kp.org/wa/feedback

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue SW., Room 509F

HHH Building

Washington, DC 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

For Medicare Advantage Plans Only: Kaiser Permanente is an HMO plan with a Medicare contract. Enrollment in Kaiser Permanente depends on contract renewal.

中文 : 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電
é ê é à é ê í ù ő ɔ ů ě a o ó

한국어(Korean): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.
번으로 전화해 주십시오.

Русский ВНИМАНИЕ Если вы говорите на русском языке то вам доступны бесплатные услуги перевода Звоните телетайп

Українська УВАГА Якщо ви розмовляєте українською мовою ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки
Телефонуйте за номером телетайп

ភាសាខ្មែរ : រយៈពេល បើសិនអ្នកនិយាយ, សេដ្ឋកិច្ច យើងគិតល គឺចង់សំប៉ងអ្នក។ ចូរទូរស័ព្ទ ។

日本語 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。
まで、お電話にてご連絡ください。

±/ A- / I € Ñ O i. x = f]] ' / A- 1 fi j i f A 1 ¶ Au € û A , < | j † ò ä x f | B | Ô! Ñö. ' | fi Ö U A ö ö Ö Ł
, | / f fl | G† Ö

S† Fa Uc b Q 6 BP ≠ N d S € F ʘ ʘ z PM • V a © a Ê ^ D a 7 M á \ N d _ Z K W d ʘ S Z U Q Q
N † a Z Y ©

Ñ — ž ě á x Y « — a ž Ÿ ʘ B Ő ' i ó i ʘ © ě ž ž a a s Ó D a Ů ™ © ě ʘ « † Á í ě a a ž ā í à i a ě ž a a í » ě Ů a Ů ó © B " ó ' - i B •
á Ů ' a » B •

• ž — ž • ž — « • † ... ž Ů ž š ž † ž • ž — ž • ž — ě ž ě Ń ě ž † Ů + © ™ ž † • ž — † † ě Ů ž a ' Ů ò Ů ™ - Ů š ž † « š »