



El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) le ayudará a elegir un plan de salud. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios de atención a la salud cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (llamado prima) se suministrará por separado.

**Este es solo un resumen.** Para más información sobre su cobertura o para obtener una copia de la lista completa de los términos de cobertura, visite [www.kp.org/wa](http://www.kp.org/wa) o llame al 1-888-901-4636. Para definiciones generales de términos comunes, como monto permitido, facturación de saldos, coaseguro, copago, deducible, proveedor u otro término subrayado, consulte el Glosario. Puede consultar el Glosario en [www.healthcare.gov/sbc-glossary](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary) o llamar al 1-888-901-4636 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	Individual \$1,500/familiar \$4,500 para la <u>red de proveedores preferidos</u> Individual \$3,000/familiar \$9,000 fuera de la red	Por lo general, usted deberá pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta alcanzar el monto <u>deducible</u> , antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si usted tiene a otros miembros de su familia en el <u>plan</u> , cada miembro de la familia debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual, hasta que el monto total de los gastos <u>deducibles</u> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> familiar total.
¿Hay servicios cubiertos antes de que usted alcance su <u>deducible</u> ?	No aplica para la atención <u>preventiva</u> de su <u>proveedor preferido</u> , <u>los medicamentos de receta</u> de su <u>proveedor preferido</u> y los exámenes de la vista.	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios, incluso si usted no ha alcanzado el monto <u>deducible</u> . Sin embargo, podría aplicar un <u>copago</u> o <u>coaseguro</u> . Por ejemplo, este plan cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costo compartido</u> y antes de que alcance su <u>deducible</u> . Vea la lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en <a href="http://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits">www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits</a> .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	Usted no tiene que alcanzar los <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de desembolso</u> para este <u>plan</u> ?	Sí, para la <u>red de proveedores preferidos</u> . Individual \$4,000/familiar \$12,000 Para los servicios fuera de la red. Individual \$8,000/familiar \$24,000	El <u>límite de desembolso</u> es la suma más alta que podría pagar en un año de servicios cubiertos. Si usted tiene a otros miembros de su familia en este <u>plan</u> , ellos deben alcanzar sus propios límites de <u>desembolso</u> hasta que el límite total de <u>desembolso</u> familiar haya sido alcanzado.
¿Qué no está incluido en el <u>límite de desembolso</u> ?	<u>Primas</u> , <u>facturación de cargos</u> y atención a la salud que este <u>plan</u> no cubre.	A pesar de que usted paga por estos gastos, estos no se toman en cuenta para alcanzar el <u>límite de desembolso</u> .
¿Pagará menos si usa un <u>proveedor de la red</u> ?	Sí. Visite <a href="http://www.kp.org/wa">www.kp.org/wa</a> o llame al 1-888-901-4636 para obtener una lista de los <u>proveedores de la red</u> .	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si utiliza un <u>proveedor</u> dentro de la <u>red del plan</u> . Usted pagará más si utiliza un <u>proveedor fuera de la red</u> y puede que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo de un <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga ( <u>facturación de saldos</u> ). Tenga en consideración que su <u>proveedor de la red</u> puede utilizar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Verifique con su <u>proveedor</u> antes de obtener algún servicio.
¿Necesita una <u>referencia</u> para ver a un <u>especialista</u> ?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que usted elija, sin necesidad de una <u>referencia</u> .



Todos los costos de **copago** y **coaseguro** mostrados en este cuadro aplican luego de que su **deducible** sea alcanzado, en caso de que un **deducible** aplique.

Eventos médicos comunes	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor preferido (Pagará el monto mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará el monto máximo)	
<b>Si visita el consultorio o la clínica de un <u>proveedor</u> de atención a la salud</b>	Visita de atención primaria para tratar una lesión o una enfermedad	\$40 de <u>copago</u> (\$30 de <u>copago</u> para beneficio incrementado)/visita o 20% de <u>coaseguro</u>	50% de <u>coaseguro</u>	No se aplica el <u>deducible</u> ni el <u>coaseguro</u> a cualquier combinación de las 4 primeras visitas como paciente ambulatorio por año calendario, luego están cubiertas en el <u>deducible</u> y <u>coaseguro</u> (no se cobra el <u>copago</u> ), para la <u>red de proveedores preferidos</u> solamente. La terapia de manipulación se limita a 8 visitas por año calendario, las visitas adicionales se cubren con una <u>autorización previa</u> , de lo contrario no tendrán cobertura, la acupuntura se limita a 12 visitas por año calendario, (los límites se comparten entre las <u>redes</u> de proveedores preferidos y <u>proveedores fuera de la red</u> ). Se aplica el beneficio incrementado cuando los servicios son proporcionados por un <u>proveedor incrementado</u> .
	Visita a un <u>especialista</u>	\$40 de <u>copago</u> (\$30 de <u>copago</u> para beneficio incrementado)/visita o 20% de <u>coaseguro</u>	50% de <u>coaseguro</u>	Ninguna
	<u>Atención preventiva/evaluaciones/vacunación</u>	Sin cargo No se aplica el <u>deducible</u>	50% de <u>coaseguro</u>	Los servicios deben coincidir con el cronograma de bienestar de Kaiser Permanente. Puede que tenga que pagar por los servicios no <u>preventivos</u> . Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son <u>preventivos</u> . Luego verifique lo que su <u>plan</u> pagará.
<b>Si tiene un examen</b>	<u>Examen de diagnóstico</u> (radiografías o análisis de sangre)	20% de <u>coaseguro</u>	50% de <u>coaseguro</u>	No hay cargos hasta el monto permitido de \$500 (imágenes y <u>pruebas de diagnóstico</u> combinadas) por año calendario. Luego del límite, se aplica el <u>coaseguro</u> . Los límites están combinados entre todas las <u>redes</u> .
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones (TEP) o resonancias magnéticas)	20% de <u>coaseguro</u>	50% de <u>coaseguro</u>	No hay cargos hasta el monto permitido de \$500 (imágenes y <u>pruebas de diagnóstico</u> combinadas) por año calendario. Luego del límite, se aplica el <u>coaseguro</u> . Los límites están combinados entre todas las <u>redes</u> . Los servicios de radiología de alta tecnología, como tomografía computarizada, resonancia magnética y TEP, requieren una <u>autorización</u>

Eventos médicos comunes	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor preferido (Pagará el monto mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará el monto máximo)	
				<u>previa</u> o no tendrán cobertura.
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición</b> Información adicional sobre la <u>cobertura de medicamentos de receta</u> disponible en <a href="http://www.kp.org/wa">www.kp.org/wa</a> .	Medicamentos genéricos preferidos	\$20 o (\$15 incremento) <u>copago/receta</u> No se aplica el <u>deducible</u>	No se ofrece cobertura	Cubre un suministro de hasta 30 días
	Medicamentos de marca preferidos	\$50 o (\$45 incremento) <u>copago/receta</u> No se aplica el <u>deducible</u>	No se ofrece cobertura	Cubre un suministro de hasta 30 días
	Medicamentos genéricos/de marca no preferidos	\$95 o (\$85 incremento) <u>copago/receta</u> No se aplica el <u>deducible</u>	No se ofrece cobertura	Cubre un suministro de hasta 30 días
	Medicamentos de pedido por correo	El miembro paga dos veces el <u>costo compartido de medicamentos de receta/receta</u> del beneficio incrementado No se aplica el <u>deducible</u>	No se ofrece cobertura	Cubre un suministro hasta de 90 días
<b>Si tiene una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del establecimiento (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	20% de <u>coaseguro</u>	50% de <u>coaseguro</u>	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano	20% de <u>coaseguro</u>	50% de <u>coaseguro</u>	Ninguna
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	\$200 de <u>copago</u> + 20% de <u>coaseguro</u>	\$200 de <u>copago</u> + 20% de <u>coaseguro</u>	Notifique a Kaiser Permanente durante las primeras 24 horas luego de la admisión, o tan pronto como sea médicamente posible,
	<u>Traslado por emergencia médica</u>	20% de <u>coaseguro</u>	20% de <u>coaseguro</u>	Ninguna
	<u>Atención de urgencia</u>	\$40 de <u>copago</u> (\$30 de <u>copago</u> para beneficio incrementado)/visita o 20% de <u>coaseguro</u>	50% de <u>coaseguro</u>	Ninguna
<b>Si tiene una estadía en el hospital</b>	Tarifa del establecimiento (por ejemplo, habitación de hospital)	20% de <u>coaseguro</u>	50% de <u>coaseguro</u>	Los servicios para pacientes hospitalizados que no sean de emergencia requieren una <u>autorización previa</u> o no tendrán cobertura.
	Tarifas del médico/cirujano	20% de <u>coaseguro</u>	50% de <u>coaseguro</u>	Los servicios para pacientes hospitalizados que no sean de emergencia requieren una <u>autorización previa</u> o no tendrán cobertura.

Eventos médicos comunes	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor preferido (Pagará el monto mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará el monto máximo)	
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b>	Servicios ambulatorios	\$40 de <u>copago</u> (\$30 de <u>copago</u> para <u>beneficio incrementado</u> ) o 20% de <u>coaseguro</u>	50% de <u>coaseguro</u>	Ninguna
	Servicios para pacientes hospitalizados	20% de <u>coaseguro</u>	50% de <u>coaseguro</u>	Los servicios para pacientes hospitalizados que no sean de emergencia requieren una <u>autorización previa</u> o no tendrán cobertura.
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	\$40 de <u>copago</u> (\$30 de <u>copago</u> para <u>beneficio incrementado</u> ) o 20% de <u>coaseguro</u>	50% de <u>coaseguro</u>	Los <u>servicios preventivos</u> relacionados con la atención prenatal y previa a la concepción se cubren como <u>atención preventiva</u> .
	Servicios profesionales de parto/nacimiento	20% de <u>coaseguro</u>	50% de <u>coaseguro</u>	Notifique a Kaiser Permanente durante las primeras 24 horas luego de la admisión o tan pronto como sea médicamente posible. Los <u>costos compartidos</u> de servicios para recién nacidos se consideran por separado de los de la madre.
	Servicios de instalaciones para el parto/nacimiento	20% de <u>coaseguro</u>	50% de <u>coaseguro</u>	Los <u>costos compartidos</u> de servicios para recién nacidos se consideran por separado de los de la madre.
<b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud</b>	<u>Atención a la salud en el hogar</u>	20% de <u>coaseguro</u>	50% de <u>coaseguro</u>	Requiere una <u>autorización previa</u> o no tendrá cobertura.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	\$40 de <u>copago</u> (\$30 de <u>copago</u> para beneficio incrementado)/visita o 20% de <u>coaseguro</u> para pacientes ambulatorios  20% de <u>coaseguro</u> para pacientes hospitalizados	50% de <u>coaseguro</u> para pacientes ambulatorios  50% de <u>coaseguro</u> para pacientes hospitalizados	Se limita a 45 visitas por año calendario/pacientes ambulatorios. Se limita a 30 días por año calendario/paciente hospitalizado (límite combinado con <u>servicios de recuperación de las habilidades</u> ). Los servicios con diagnóstico de salud mental se cubren sin límite. Los límites están combinados con las redes de proveedores preferidos y <u>los proveedores fuera de la red</u> .
	<u>Servicios de recuperación de las habilidades</u>	\$40 de <u>copago</u> (\$30 de <u>copago</u> para beneficio incrementado)/visita o 20% de <u>coaseguro</u> para pacientes ambulatorios  20% de <u>coaseguro</u> para pacientes hospitalizados	50% de <u>coaseguro</u> para pacientes ambulatorios  50% de <u>coaseguro</u> para pacientes hospitalizados	Se limita a 45 visitas por año calendario/pacientes ambulatorios. Se limita a 30 días por año calendario/pacientes hospitalizados (límite combinado con <u>servicios de rehabilitación</u> ). Los servicios con diagnóstico de salud mental se cubren sin límite. Los límites están combinados con las redes de proveedores preferidos y <u>los proveedores fuera de la red</u> .
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	20% de <u>coaseguro</u>	50% de <u>coaseguro</u>	Se limita a 60 días por año calendario. Los límites están combinados con las redes de proveedores preferidos y <u>los proveedores fuera</u>

Eventos médicos comunes	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor preferido (Pagará el monto mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará el monto máximo)	
				de la red. Requiere una <u>autorización previa</u> o no tendrá cobertura.
	<u>Equipo médico duradero</u>	20% de <u>coaseguro</u>	50% de <u>coaseguro</u>	Ninguna
	<u>Servicios de hospicio</u>	20% de <u>coaseguro</u>	50% de <u>coaseguro</u>	Requiere una <u>autorización previa</u> o no tendrá cobertura.
<b>Si su niño necesita atención odontológica u oftalmológica</b>	Examen de la vista infantil	Sin cargo No se aplica el <u>deducible</u>	Sin cargo No se aplica el <u>deducible</u>	Se limita a un examen cada 12 meses
	Anteojos para niños	No se ofrece cobertura	No se ofrece cobertura	Ninguna
	Consulta odontológica infantil	No se ofrece cobertura	No se ofrece cobertura	Ninguna

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

**Servicios que su plan generalmente NO cubre (revise su póliza o documento del plan para más información y una lista de cualquier otro servicio excluido).**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Cirugía bariátrica</li><li>• Consulta odontológica infantil</li><li>• Anteojos para niños</li><li>• Cirugía estética</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Atención dental (adulto)</li><li>• Audífonos</li><li>• Tratamiento de infertilidad</li><li>• Atención a largo plazo</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de EE. UU.</li><li>• Enfermera privada</li><li>• Podología de rutina</li><li>• Programas para perder peso</li></ul> |
|--|---|--|

**Otros servicios cubiertos (algunas limitaciones pueden aplicar para estos servicios. No es una lista exhaustiva. Por favor, revise su documento del plan).**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Acupuntura</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Atención quiropráctica</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Atención de la vista de rutina (adulto)</li></ul> |
|--|--|---|

**Sus derechos a una cobertura continua:** hay agencias que pueden ayudarlo si desea continuar su cobertura luego de que se termine. La información de contacto de dichas agencias es: Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado, al 1-866-444-3272 o en [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa) o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos al 1-877-267-2323 x61565 o en [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov). También pueden estar disponibles otras opciones de cobertura para usted, incluyendo la compra de una cobertura de seguro individual a través del mercado de seguro de salud. Para más información sobre el mercado, visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Su derecho a presentar un reclamo o apelación:** existen agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja sobre su plan por el rechazo a un reclamo. Esta queja es llamada reclamo o apelación. Para más información sobre sus derechos, revise la explicación de beneficios que recibirá para dicho reclamo médico. Sus documentos del plan también poseen información detallada sobre cómo presentar un reclamo, apelación o queja a su plan por cualquier razón. Para más información sobre sus derechos, este aviso o si necesita de asistencia, comuníquese con: La Oficina del Comisionado de Seguros de Washington a través de: [www.insurance.wa.gov/your-insurance/health-insurance/appeal](http://www.insurance.wa.gov/your-insurance/health-insurance/appeal). La Línea Directa para Clientes de Seguros al 1-800-562-6900 o visite la siguiente página para enviar un correo electrónico al mismo consultorio: [www.insurance.wa.gov/your-insurance/email-us](http://www.insurance.wa.gov/your-insurance/email-us). O bien, comuníquese con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de Estados Unidos al 1-866-444-EBSA (3272) o visite [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform).

### ¿Este plan proporciona la Cobertura Esencial Mínima? Sí

Si usted no posee la Cobertura Esencial Mínima durante un mes, deberá realizar un pago cuando llene su declaración de impuestos, a menos que califique para una exoneración del requisito de tener cobertura de salud por ese mes.

### ¿Este plan satisface el Estándar de Valor Mínimo? Sí

Si su plan no satisface el Estándar de Valor Mínimo, usted puede ser elegible para una prima de crédito fiscal para ayudarlo a pagar por un plan a través del mercado.

### Servicios en otros idiomas:

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

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

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

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

—————Para ver ejemplos de cómo este plan cubriría los costos en una situación médica de muestra, consulte la siguiente sección.—————



## Acerca de estos ejemplos de cobertura:



**Esta no es una herramienta de cálculo de costos.** Los tratamientos mostrados son solo ejemplos de cómo este plan puede cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes dependiendo de la atención que reciba, los cargos de su proveedor y muchos otros factores. Enfóquese en el monto del costo compartido (deducibles, copagos y coaseguro) y servicios excluidos de acuerdo con el plan. Use esta información para comparar la porción de los costos que usted pagaría según diferentes planes de salud. Por favor tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura están basados en la cobertura individual personal.

### Peg va a dar a luz

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

- El deducible general del plan \$1,500
- Costo compartido del especialista \$40+20%
- Coaseguro hospitalario (instalaciones) 20%
- Otro (análisis de sangre) coaseguro 20%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas a consultorios de especialistas (*atención prenatal*)  
 Servicios profesionales de parto/nacimiento  
 Servicios de instalaciones para el parto/nacimiento  
 Pruebas de diagnóstico (*ultrasonidos y análisis de sangre*)  
 Visita a un especialista (*anestesia*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$12,800</b>
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
<u>Deducibles</u>	\$1,500
<u>Copagos</u>	\$40
<u>Coaseguro</u>	\$2,100
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$3,700</b>

### 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 \$1,500
- Costo compartido del especialista \$40+20%
- Coaseguro hospitalario (instalaciones) 20%
- Otro (análisis de sangre) coaseguro 20%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico de atención primaria (*incluida educación sobre la enfermedad*)  
 Exámenes de diagnóstico (*análisis de sangre*)  
 Medicamentos de receta  
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$7,400</b>
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
<u>Deducibles</u>	\$1,200
<u>Copagos</u>	\$1,600
<u>Coaseguro</u>	\$20
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$2,880</b>

### Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias y atención de seguimiento dentro de la red)

- El deducible general del plan \$1,500
- Costo compartido del especialista \$40+20%
- Coaseguro hospitalario (instalaciones) 20%
- Otro (radiografía) coaseguro 20%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Atención en la sala de emergencias (*incluidos suministros médicos*)  
 Prueba de diagnóstico (*radiografía*)  
 Equipo médico duradero (*muletas*)  
 Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$1,900</b>
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
<u>Deducibles</u>	\$1,500
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coaseguro</u>	\$90
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$1,590</b>