

 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 proporcionará por separado. Este es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de la lista completa de los términos de cobertura, visite www.kp.org/plandocuments o llame al 1-888-901-4636 (TTY: 711). Para definiciones generales de términos comunes, como monto permitido, facturación de saldos, coaseguro, 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 solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	<u>Proveedor preferido</u> : individual \$2,500 /familiar \$5,000 <u>Proveedor fuera de la red</u> : individual \$5,000 /familiar \$10,000	Por lo general, usted deberá pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta alcanzar el monto del <u>deducible</u> , antes de que el <u>plan</u> empiece 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 alcance su <u>deducible</u> ?	Sí. La <u>atención preventiva</u> y los servicios que se indican en el cuadro que comienza en la página 2.	Este <u>plan</u> cubre algunos puntos y servicios aunque usted no haya alcanzado el monto <u>deducible</u> . Sin embargo, un <u>copago</u> o <u>coaseguro</u> podría aplicar. Por ejemplo, este plan cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costo compartido</u> y antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte la lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	Usted no debe alcanzar <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de desembolso</u> para este <u>plan</u> ?	<u>Proveedor preferido</u> : individual \$7,150 /familiar \$14,300 <u>Proveedor fuera de la red</u> : individual \$14,300 /familiar \$28,600	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> , cargos por <u>facturación de saldo</u> , atención a la salud que este <u>plan</u> no cubre y servicios indicados en el cuadro que comienza en la página 2.	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 www.kp.org/wa 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</u> del <u>plan</u> . Usted pagará más si utiliza un <u>proveedor fuera de la red</u> y posiblemente reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <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> podría 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 una <u>referencia</u> .



Todos los costos de **copago** y **coaseguro** que se muestran en este cuadro aplican luego de alcanzar su **deducible**, en caso de que aplique un **deducible**.

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)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención a la salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o una enfermedad	\$25 (\$15 beneficio incrementado) por visita o 20 % <u>de coaseguro</u>	50% de <u>coaseguro</u>	No se aplica el <u>deducible</u> ni el <u>coaseguro</u> para cualquier combinación de las 4 primeras visitas como paciente ambulatorio por año, luego estarán cubiertas en el <u>deducible</u> y el <u>coaseguro</u> (no se cobra el <u>copago</u>), para la <u>red de proveedores preferidos</u> solamente. Se aplica el beneficio incrementado cuando los servicios los proporciona un <u>proveedor incrementado</u> .
	Visita a un <u>especialista</u>	\$25 (\$15 beneficio incrementado) por visita o 20 % <u>de coaseguro</u>	50% de <u>coaseguro</u>	Ninguna
	<u>Atención preventiva / evaluaciones / vacunación</u>	Sin cargo No se aplica el <u>deducible</u>	No se ofrece cobertura	Es posible que tenga que pagar por los servicios no <u>preventivos</u> . Pregúntele a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son <u>preventivos</u> . Luego, verifique qué pagará su <u>plan</u> .
Si se somete a una prueba	<u>Pruebas de diagnóstico</u> (radiografías y análisis de sangre)	20% de <u>coaseguro</u>	50% de <u>coaseguro</u>	Sin cargo hasta el monto permitido de \$500 (<u>pruebas de diagnóstico</u> e imágenes combinadas) por año. Luego del límite, se aplica el <u>coaseguro</u> . Los límites están combinados entre todas las <u>redes</u> .
	Diagnóstico por imagenología (tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética)	20% de <u>coaseguro</u>	50% de <u>coaseguro</u>	Sin cargo hasta el monto permitido de \$500 (<u>pruebas de diagnóstico</u> e imágenes combinadas) por año. Luego del límite, se aplica el <u>coaseguro</u> . Los límites están combinados entre todas las <u>redes</u> . Requiere una <u>autorización previa</u> no tendrá 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)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición Información adicional sobre la <u>cobertura de medicamentos de receta</u> disponible en www.kp.org/wa .	Medicamentos genéricos preferidos	Al detal: \$20 por medicamento de receta (\$15 incrementado); Pedido por correo: 2x costo compartido al detal / receta No se aplica el <u>deducible</u>	No se ofrece cobertura	Hasta un suministro de 30 días (al detal) o un suministro de 90 días (pedido por correo). Sujeto a las <u>pautas</u> del formulario.
	Medicamentos de marca preferidos	Al detal: \$50 por medicamento de receta (\$45 incrementado); Pedido por correo: 2x costo compartido al detal / receta No se aplica el <u>deducible</u>	No se ofrece cobertura	Hasta un suministro de 30 días (al detal) o un suministro de 90 días (pedido por correo). Sujeto a las <u>pautas</u> del formulario.
	Medicamentos genéricos/de marca no preferidos	Al detal: \$95 por medicamento de receta (\$85 incrementado); Pedido por correo: 2x costo compartido al detal / receta No se aplica el <u>deducible</u>	No se ofrece cobertura	Hasta un suministro de 30 días (al detal) o un suministro de 90 días (pedido por correo). Sujeto a las <u>pautas</u> del <u>formulario</u> .
	<u>Medicamentos especializados</u>	Pueden aplicarse <u>costos compartidos</u> a medicamentos genéricos preferidos, medicamentos de marca preferidos o medicamentos genéricos/de marca no preferidos. No se aplica el <u>deducible</u>	No se ofrece cobertura	Hasta un suministro de 30 días (al detal) Sujeto a las <u>pautas</u> del <u>formulario</u> .
Si tiene una cirugía ambulatoria	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
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	\$200 por visita, 20 % de <u>coaseguro</u>	\$200 por visita, 20 % de <u>coaseguro</u>	Debe notificar a Kaiser Permanente en las primeras 24 horas si es admitido en un <u>proveedor fuera de la red</u> ; limitado a una emergencia inicial solamente; se exonera el <u>copago</u> si es admitido como paciente

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)	
				hospitalizado.
	<u>Traslado por emergencia médica</u>	20% de <u>coaseguro</u>	20% de <u>coaseguro</u>	Ninguna
	<u>Atención de urgencia</u>	\$25 (\$15 beneficio incrementado) por visita o 20 % de <u>coaseguro</u>	50% de <u>coaseguro</u>	Ninguna
Si tiene una estadía en el hospital	Tarifa del establecimiento (por ejemplo, habitación del hospital)	\$200 por admisión, 20 % de <u>coaseguro</u>	\$200 por admisión, 50 % de <u>coaseguro</u>	Debe notificar a Kaiser Permanente acerca de la admisión o no tendrá cobertura.
	Tarifas del médico/cirujano	20% de <u>coaseguro</u>	50% de <u>coaseguro</u>	Debe notificar a Kaiser Permanente acerca de la admisión o no tendrá cobertura.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	\$25 (\$15 beneficio incrementado) por visita o 20 % de <u>coaseguro</u>	50% de <u>coaseguro</u>	Ninguna
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$200 por admisión, 20 % de <u>coaseguro</u>	\$200 por admisión, 50 % de <u>coaseguro</u>	Debe notificar a Kaiser Permanente acerca de la admisión o no tendrá cobertura.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	20% de <u>coaseguro</u>	50% de <u>coaseguro</u>	El <u>costo compartido</u> no se aplica a ciertos <u>servicios preventivos</u> . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC (como un ultrasonido).
	Servicios profesionales de parto / nacimiento	20% de <u>coaseguro</u>	50% de <u>coaseguro</u>	Debe notificar a Kaiser Permanente dentro de las primeras 24 horas luego de la admisión o tan pronto como sea médicamente posible. Los <u>costos compartidos</u> de los servicios para recién nacidos se consideran por separado de los de la madre.
	Servicios de instalaciones para el parto / nacimiento	\$200 por admisión, 20 % de <u>coaseguro</u>	\$200 por admisión, 50 % de <u>coaseguro</u>	Debe notificar a Kaiser Permanente dentro de las primeras 24 horas luego de la admisión o tan pronto como sea médicamente posible. Los <u>costos compartidos</u> de los servicios para recién nacidos se consideran por separado de los de la madre.
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades	<u>Atención a la salud en el hogar</u>	20% de <u>coaseguro</u>	50% de <u>coaseguro</u>	Debe notificar a Kaiser Permanente o no tendrá cobertura.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Pacientes ambulatorios:	Pacientes ambulatorios:	Pacientes ambulatorios: Límite de 45 visitas

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)	
especiales de salud		\$25 (\$15 beneficio incrementado) por visita o 20 % de <u>coaseguro</u> Pacientes hospitalizados: \$200 por admisión, 20 % de <u>coaseguro</u>	50% de <u>coaseguro</u> Pacientes hospitalizados: \$200 por admisión, 50 % de <u>coaseguro</u>	por año. Pacientes hospitalizados: Límite de 30 días por año (límite conjunto con <u>los servicios de recuperación de las habilidades</u>). Los servicios con diagnósticos de salud mental tienen cobertura ilimitada. Los límites están combinados con las redes de proveedores preferidos y con <u>proveedores fuera de la red</u> . Pacientes hospitalizados: Requiere una <u>autorización previa</u> o no tendrá cobertura.
	<u>Servicios de recuperación de las habilidades</u>	Pacientes ambulatorios: \$25 (\$15 beneficio incrementado) por visita o 20 % de <u>coaseguro</u> Pacientes hospitalizados: \$200 por admisión, 20 % de <u>coaseguro</u>	Pacientes ambulatorios: 50% de <u>coaseguro</u> Pacientes hospitalizados: \$200 por admisión, 50 % de <u>coaseguro</u>	Pacientes ambulatorios: Límite de 45 visitas por año. Pacientes hospitalizados: Límite de 30 días por año (límite conjunto con <u>servicios de rehabilitación</u>). Los servicios con diagnósticos de salud mental tienen cobertura ilimitada. Los límites están combinados con las redes de proveedores preferidos y con <u>proveedores fuera de la red</u> . Pacientes hospitalizados: Requiere una <u>autorización previa</u> o no tendrá cobertura.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	\$200 por admisión, 20 % de <u>coaseguro</u>	\$200 por admisión, 50 % de <u>coaseguro</u>	Límite de 60 días / año. Los límites están combinados con las redes de proveedores preferidos y <u>proveedores fuera de la red</u> . Debe notificar a Kaiser Permanente acerca de la admisión o no tendrá cobertura.
	<u>Equipo médico duradero</u>	20% de <u>coaseguro</u>	50% de <u>coaseguro</u>	Sujeto a las pautas del formulario. Es posible que se requiera una <u>autorización previa</u> o no tendrá cobertura
	<u>Servicios de hospicio</u>	20% de <u>coaseguro</u>	50% de <u>coaseguro</u>	Debe notificar a Kaiser Permanente acerca de la admisión o no tendrá cobertura.
Si su hijo necesita atención odontológica u oftalmológica	Examen de la vista para niños	Sin cargo No se aplica deducible	Sin cargo No se aplica deducible	Limitado a un examen cada 12 meses
	Anteojos para niños	No se ofrece cobertura	No se ofrece cobertura	Ninguna
	Consulta odontológica de rutina para niños	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).

- Cirugía bariátrica
- Anteojos para niños
- Cirugía estética
- Atención dental (adulto y niño)
- Audífonos
- Tratamiento de infertilidad
- Atención a largo plazo
- Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de EE. UU.
- Enfermera privada
- Atención podológica de rutina
- Programas para perder peso

Otros servicios cubiertos (algunas limitaciones pueden aplicar para estos servicios. Esta no es una lista exhaustiva. Revise su documento del plan).

- Acupuntura (límite de 12 visitas / año)
- Atención quiropráctica (límite de 8 visitas por año)
- Atención oftalmológica de rutina (adulto)

Sus derechos a una cobertura continua: hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar su cobertura luego de que esta se termine. La información de contacto de dichas agencias se muestra en el cuadro a continuación. Otras opciones de cobertura pueden estar disponibles para usted también, incluida la compra de una cobertura de seguro individual a través del mercado de seguro de salud. Para obtener más información sobre el mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar un reclamo o apelación: existen agencias que pueden ayudarle si tiene una queja sobre su plan por el rechazo a un reclamo. Esta queja se llama reclamo o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para tal 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 obtener más información sobre sus derechos, este aviso o si necesita asistencia, comuníquese con las agencias indicadas en el cuadro a continuación.

Información de contacto de sus derechos para continuar la cobertura y sus derechos a presentar un reclamo y una apelación:

Servicios para miembros de Kaiser Permanente	1-888-901-4636 (TTY: 711) o www.kp.org/wa
Departamento del Trabajo, Administración de Seguridad de los Beneficios del Empleado (Department of Labor's Employee Benefits Security Administration)	1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform
Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros (Department of Health & Human Services, Center for Consumer Information & Insurance Oversight)	1-877-267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov .
Departamento de Seguros de Washington (Washington Department of Insurance)	1-800-562-6900 o www.insurance.wa.gov

¿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, puede ser elegible para una prima de crédito fiscal para ayudarle a pagar por un plan a través del mercado.

Servicios en otros idiomas:

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

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

Chino (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, kwijigo holne' 1-888-901-4636 (TTY: 711).

—————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 según la atención que reciba, los cargos de su proveedor y muchos otros factores. Enfóquese en los montos de costos compartidos (deducibles, copagos y coaseguro) y los 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. 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 parto en el hospital)

■ El <u>deducible general del plan</u>	\$2,500
■ <u>Especialista costo compartido</u>	\$25
■ <u>Costo compartido hospitalario (instalaciones)</u>	\$200
■ Otro (análisis de sangre) <u>coaseguro</u>	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*)

Costo total del ejemplo	\$12,800
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
<u>Deducibles</u>	\$2,500
<u>Copagos</u>	\$40
<u>Coaseguro</u>	\$1,900
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$4,500

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ El <u>deducible general del plan</u>	\$2,500
■ <u>Especialista costo compartido</u>	\$25
■ <u>Costo compartido hospitalario (instalaciones)</u>	\$200
■ Otro (análisis de sangre) <u>coaseguro</u>	20%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

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

Costo total del ejemplo	\$7,400
--------------------------------	----------------

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
El total que Joe pagaría es	\$2,880

Fractura simple de Mia

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

■ El <u>deducible general del plan</u>	\$2,500
■ <u>Especialista costo compartido</u>	\$25
■ <u>Costo compartido hospitalario (instalaciones)</u>	\$200
■ Otro (radiografía) <u>coaseguro</u>	20%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

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

Costo total del ejemplo	\$1,900
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
<u>Deducibles</u>	\$1,900
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coaseguro</u>	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,900