

 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. Esto 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 otro término subrayado, 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? | Individual \$5,000 /familiar \$10,000 | Por lo general, usted deberá pagar todos los costos de los proveedores 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 usted 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 artículos y servicios aun cuando usted no haya alcanzado el <u>monto</u> deducible. Sin embargo, un <u>copago</u> o <u>coaseguro</u> podría aplicar. Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos sin 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> ? | Individual \$7,150 /familiar \$14,300 | 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 plan. 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 de un proveedor y lo que su <u>plan</u> paga (<u>facturación de saldos</u>). Tome en cuenta 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> ? | Sí, pero usted puede dirigirse a ciertos especialistas. | Este <u>plan</u> pagará una porción o la totalidad del costo de los servicios cubiertos de un <u>especialista</u> siempre y cuando usted tenga una <u>referencia</u> antes de visitar al <u>especialista</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 de la red (Pagará el monto mínimo) | Proveedor que no pertenece a 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 | \$40 por visita, 50 % de <u>coaseguro</u> | No se ofrece cobertura | Ninguna |
| | Visita a un <u>especialista</u> | \$40 por visita, 50 % de <u>coaseguro</u> | No se ofrece cobertura | 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) | 50% de <u>coaseguro</u> | No se ofrece cobertura | Ninguna |
| | Diagnóstico por imagenología (tomografía computarizada, resonancia magnética, tomografía por emisión de positrones) | 50% de <u>coaseguro</u> | No se ofrece cobertura | Se necesita una <u>autorización previa</u> o no tendrá cobertura. |
| 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 / receta; Pedido por correo: 2x <u>costo compartido</u> 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: \$40 / receta; Pedido por correo: 2x <u>costo compartido</u> 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 | No se ofrece cobertura | No se ofrece cobertura | Ninguna |
| | <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 ofrece cobertura | Hasta un suministro de 30 días (al detal) Sujeto a las <u>pautas</u> del <u>formulario</u> . |

| Eventos médicos comunes | Servicios que puede necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|--|--|--|
| | | Proveedor de la red (Pagará el monto mínimo) | Proveedor que no pertenece a la red (Pagará el monto máximo) | |
| | | No se aplica el <u>deducible</u> | | |
| Si tiene una cirugía ambulatoria | Tarifa del establecimiento (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria) | \$40 por visita, 50 % de <u>coaseguro</u> | No se ofrece cobertura | Ninguna |
| | Tarifas del médico/cirujano | 50% de <u>coaseguro</u> | No se ofrece cobertura | Ninguna |
| Si necesita atención médica inmediata | <u>Atención en la sala de emergencias</u> | \$200 por visita, 50 % de <u>coaseguro</u> | \$200 por visita, 50 % de <u>coaseguro</u> | Debe notificar a Kaiser Permanente dentro de las 24 horas si es admitido a un proveedor que no pertenece a la red; Limitado a una emergencia inicial solamente; se exonera el <u>copago</u> si es admitido como paciente hospitalizado. |
| | <u>Traslado por emergencia médica</u> | 20 % de <u>coaseguro</u> No se aplica el <u>deducible</u> | 20 % de <u>coaseguro</u> No se aplica el <u>deducible</u> | Ninguna |
| | <u>Atención de urgencia</u> | \$40 por visita, 50 % de <u>coaseguro</u> | \$200 por visita, 50 % de <u>coaseguro</u> | Se cubre a los proveedores que no pertenecen a la red cuando estén temporalmente fuera del área de servicio. |
| Si tiene una estadía en el hospital | Tarifa del establecimiento (por ejemplo, habitación del hospital) | \$1,000 por admisión, 50 % de <u>coaseguro</u> | No se ofrece cobertura | Se necesita una <u>autorización previa</u> o no tendrá cobertura. |
| | Tarifas del médico / cirujano | 50% de <u>coaseguro</u> | No se ofrece cobertura | Se necesita una <u>autorización previa</u> o no tendrá cobertura. |
| Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias | Servicios ambulatorios | \$40 por visita, 50 % de <u>coaseguro</u> | No se ofrece cobertura | Ninguna |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | \$1,000 por admisión, 50 % de <u>coaseguro</u> | No se ofrece cobertura | Se necesita una <u>autorización previa</u> o no tendrá cobertura. |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | Sin cargo No se aplica el <u>deducible</u> | No se ofrece cobertura | 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 | 50% de <u>coaseguro</u> | No se ofrece cobertura | 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. |

| Eventos médicos comunes | Servicios que puede necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|--|---|--|---|
| | | Proveedor de la red (Pagará el monto mínimo) | Proveedor que no pertenece a la red (Pagará el monto máximo) | |
| | Servicios de instalaciones para el parto / nacimiento | \$1,000 por admisión, 50 % de <u>coaseguro</u> | No se ofrece cobertura | 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 especiales de salud | <u>Atención a la salud en el hogar</u> | Sin cargo No se aplica el <u>deducible</u> | No se ofrece cobertura | Se necesita una <u>autorización previa</u> o no tendrá cobertura. |
| | <u>Servicios de rehabilitación</u> | Pacientes ambulatorios: \$40 por visita, 50 % de <u>coaseguro</u> Pacientes hospitalizados: \$1,000 por admisión, 50 % de <u>coaseguro</u> | No se ofrece cobertura | Pacientes ambulatorios: Límite de 45 visitas por año. Pacientes hospitalizados: Límite de 30 días por año (límite conjunto con los <u>servicios de recuperación de las habilidades</u>). Los servicios con diagnósticos de salud mental se cubren sin límite. Pacientes hospitalizados: Requiere una autorización previano tendrá cobertura. |
| | <u>Servicios de recuperación de las habilidades</u> | Pacientes ambulatorios: \$40 por visita, 50 % de <u>coaseguro</u> Pacientes hospitalizados: \$1,000 por admisión, 50 % de <u>coaseguro</u> | No se ofrece cobertura | 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 se cubren sin límite. Pacientes hospitalizados: Requiere una autorización previano tendrá cobertura. |
| | <u>Atención de enfermería especializada</u> | 50% de <u>coaseguro</u> | No se ofrece cobertura | Límite de 60 días / año. Se necesita una <u>autorización previa</u> o no tendrá cobertura. |
| | <u>Equipo médico duradero</u> | 50% de <u>coaseguro</u> No se aplica el <u>deducible</u> | No se ofrece cobertura | Sujeto a las pautas del formulario. Requiere una <u>autorización previa</u> no tendrá cobertura. |
| | <u>Servicios de hospicio</u> | Sin cargo No se aplica el <u>deducible</u> | No se ofrece cobertura | Se necesita una <u>autorización previa</u> o no tendrá cobertura. |
| | Si su hijo necesita atención odontológica u oftalmológica | Examen de la vista para niños | \$40 / visita No se aplica el <u>deducible</u> | No se ofrece cobertura |
| 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 (consulte su póliza o documento del plan para obtener 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 10 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 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 cumple con el estándar de valor mínimo, usted puede ser elegible para recibir un crédito fiscal por la prima para ayudarle a pagar 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 en función de los 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> | \$5,000 |
| ■ <u>Costo compartido del especialista</u> | \$40 |
| ■ <u>Costo compartido hospitalario (instalaciones)</u> | \$1,000 |
| ■ Otro (análisis de sangre) <u>coaseguro</u> | 50% |

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:

| <i>Costos compartidos</i> | |
|------------------------------------|----------------|
| <u>Deducibles</u> | \$5,000 |
| <u>Copagos</u> | \$40 |
| <u>Coaseguro</u> | \$2,110 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| El total que Peg pagaría es | \$7,210 |

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> | \$5,000 |
| ■ <u>Costo compartido del especialista</u> | \$40 |
| ■ <u>Costo compartido hospitalario (instalaciones)</u> | \$1,000 |
| ■ Otro (análisis de sangre) <u>coaseguro</u> | 50% |

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:

| <i>Costos compartidos</i> | |
|------------------------------------|----------------|
| <u>Deducibles</u> | \$1,200 |
| <u>Copagos</u> | \$1,400 |
| <u>Coaseguro</u> | \$40 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| El total que Joe pagaría es | \$2,700 |

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> | \$5,000 |
| ■ <u>Costo compartido del especialista</u> | \$40 |
| ■ <u>Costo compartido hospitalario (instalaciones)</u> | \$1,000 |
| ■ Otro (radiografía) <u>coaseguro</u> | 50% |

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:

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