

 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, consulte 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 <http://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 <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> ?	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 deducible</u> . 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> . Vea 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. www.kp.org/wa o llame al 1-888-901-4636 (TTY: 711) para obtener una lista de <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 del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga (<u>facturación de saldos</u>). Tenga 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 consultar por su cuenta con ciertos <u>especialistas</u> .	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/detección/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> . Pregunte 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, tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética)	50% de <u>coaseguro</u>	No se ofrece cobertura	Requiere una <u>autorización previa</u> o no tendrá cobertura.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección 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: 2 veces el <u>costo compartido</u> al detal por 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: 2 veces el <u>costo compartido</u> al detal por 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</u>	No se ofrece cobertura	Hasta un suministro de 30 días (al detal) Sujeto

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)	
		<u>compartidos</u> a medicamentos genéricos preferidos, medicamentos de marca preferidos o medicamentos genéricos/de marca no preferidos. No se aplica el <u>deducible</u>		a las pautas del <u>formulario</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 en un plazo de 24 horas si es admitido a un <u>proveedor que no pertenece a la red</u> ; 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 <u>proveedores que no pertenecen a la red</u> 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	Requiere una <u>autorización previa</u> o no tendrá cobertura.
	Tarifas del médico/cirujano	50% de <u>coaseguro</u>	No se ofrece cobertura	Requiere 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	Requiere una <u>autorización previa</u> o no tendrá cobertura.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	No se ofrece cobertura	El <u>costo compartido</u> no se aplica a ciertos

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>		<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.
	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	Requiere 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 junto con los servicios de <u>recuperación de las habilidades</u>). Los servicios con diagnósticos de salud mental tienen cobertura ilimitada. Pacientes hospitalizados: Requiere una <u>autorización previa</u> o no 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 junto con <u>servicios de rehabilitación</u>). Los servicios con diagnósticos de salud mental tienen cobertura ilimitada. Pacientes hospitalizados: Requiere una <u>autorización previa</u> o no tendrá cobertura.

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)	
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	50% de <u>coaseguro</u>	No se ofrece cobertura	Límite de 60 días por año. Requiere 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 <u>formulario</u> . Requiere una <u>autorización previa</u> o no tendrá cobertura.
	<u>Servicios de hospicio</u>	Sin cargo No se aplica el <u>deducible</u>	No se ofrece cobertura	Requiere 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	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 (consulte su póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de cualquier otro servicio excluido).

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

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

- | | | |
|---|---|---|
| • Acupuntura (límite de 12 visitas / año) | • Atención quiropráctica (límite de 10 visitas por año) | • Atención oftalmológica de rutina (adulto) |
|---|---|---|

Su derecho a una cobertura continua: Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar su cobertura luego de que esta 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 de 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 o este aviso, o si necesita asistencia, comuníquese con las agencias indicadas en el cuadro a continuación.

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

Kaiser Permanente Member Services	1-888-901-4636 (TTY: 711) or www.kp.org/wa
Department of Labor's Employee Benefits Security Administration	1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform
Department of Health & Human Services, Center for Consumer Information & Insurance Oversight	1-877-267-2323 x61565 or www.cciio.cms.gov .
Washington Department of Insurance	1-800-562-6900 or 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 eximición 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:

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

—————*Para ver ejemplos de cómo este plan cubriría los costos en una situación médica hipotética, 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)		Control de la diabetes tipo 2 de Joe (un año de atención de rutina dentro de la red de una afección bien controlada)		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	■ El <u>deducible general del plan</u>	\$5,000	■ El <u>deducible general del plan</u>	\$5,000
■ <u>Costo compartido del especialista</u>	\$40	■ <u>Costo compartido del especialista</u>	\$40	■ <u>Costo compartido del especialista</u>	\$40
■ <u>Costo compartido hospitalario (instalaciones)</u>	\$1,000	■ <u>Costo compartido hospitalario (instalaciones)</u>	\$1,000	■ <u>Costo compartido hospitalario (instalaciones)</u>	\$1,000
■ Otro (análisis de sangre) <u>coaseguro</u>	50%	■ Otro (análisis de sangre) <u>coaseguro</u>	50%	■ Otro (radiografía) <u>coaseguro</u>	50%
Este evento de EJEMPLO incluye servicios como: Visitas a consultorios de especialistas (<i>atención prenatal</i>) Servicios profesionales de parto/nacimiento Servicios de instalaciones para el parto/nacimiento Pruebas de diagnóstico (<i>ultrasonidos y análisis de sangre</i>) Visita a un especialista (<i>anestesia</i>)		Este evento de EJEMPLO incluye servicios como: Visitas al consultorio del médico de atención primaria (<i>incluida educación sobre enfermedades</i>) Pruebas de diagnóstico (<i>análisis de sangre</i>) Medicamentos de receta Equipo médico duradero (<i>medidor de glucosa</i>)		Este evento de EJEMPLO incluye servicios como: Atención en la sala de emergencias (<i>incluidos los suministros médicos</i>) Pruebas de diagnóstico (<i>radiografías</i>) Equipo médico duradero (<i>muletas</i>) Servicios de rehabilitación (<i>fisioterapia</i>)	
Costo total del ejemplo	\$12,800	Costo total del ejemplo	\$7,400	Costo total del ejemplo	\$1,900
En este ejemplo, Peg pagaría:		En este ejemplo, Joe pagaría:		En este ejemplo, Mia pagaría:	
<i>Costos compartidos</i>		<i>Costos compartidos</i>		<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$1,000	<u>Deducibles</u>	\$1,000	<u>Deducibles</u>	\$1,000
<u>Copagos</u>	\$30	<u>Copagos</u>	\$1,000	<u>Copagos</u>	\$200
<u>Coaseguro</u>	\$1,900	<u>Coaseguro</u>	\$90	<u>Coaseguro</u>	\$200
<i>Lo que no está cubierto</i>		<i>Lo que no está cubierto</i>		<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60	Límites o exclusiones	\$60	Límites o exclusiones	\$0
El total que Peg pagaría es	\$2,990	El total que Joe pagaría es	\$2,150	El total que Mia pagaría es	\$1,400

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