



El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) lo ayudará a escoger un plan de salud. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirán el costo de los servicios de atención a la salud cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamado prima) se proveerá 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, consulte www.kp.org/plandocuments o llame al 1-888-901-4636 (TTY: 711). Para conocer las definiciones generales de los 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 general</u> ?	Proveedor preferido: Individual \$1,500/familiar \$4,500 Proveedor fuera de la red: \$3,000 individual/\$9,000 familiar	Por lo general, usted deberá pagar todos los costos de <u>los 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.
¿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 monto <u>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</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 deducibles 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> ?	Proveedor preferido: \$4,000 individual/\$12,000 familiar Proveedor fuera de la red: \$8,000 individual/\$24,000 familiar	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 se haya alcanzado.
¿Cuáles son los gastos que no se incluyen en el <u>límite de desembolso</u> ?	Primas, cargos por <u>facturación de saldo</u> , servicios de 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 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 (TTY: 711) 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 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 referencia para ver a un <u>especialista</u> ?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que escoja sin una <u>referencia</u> .



Todos los costos de [copagos](#) y [coaseguros](#) que se muestran en este cuadro aplican luego de alcanzar el [deducible](#), en caso de que [este](#) aplique.

Eventos médicos comunes	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y más 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	\$40 (beneficio incrementado de \$30) por visita o coaseguro del 20 %	50 % de coaseguro	<u>No se aplica el deducible</u> ni el coaseguro a ninguna combinación de las 4 primeras visitas como paciente ambulatorio por año calendario. Luego, están cubiertas al deducible y al coaseguro (no se cobra el copago) para la red de proveedores preferidos solamente. Se aplica el beneficio incrementado cuando los servicios los proporciona un proveedor incrementado.
	Visita a un especialista	\$40 (beneficio incrementado de \$30) por visita o coaseguro del 20 %	50 % de coaseguro	Ninguna
	Atención preventiva/evaluaciones vacunación	Sin cargo, no se aplica el deducible .	50 % de coaseguro	Es posible que tenga que pagar por los servicios no preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique lo que pagará su plan .
Si se realiza una prueba	Pruebas de diagnóstico (radiografías y análisis de sangre)	20 % de coaseguro	50 % de coaseguro	Sin cargo hasta el monto permitido de \$500 (pruebas de diagnóstico e imágenes combinadas) por año. Luego del límite se aplica el coaseguro . Los límites están combinados entre todas las redes .
	Diagnóstico por imagenología (tomografía computarizada [TC], tomografía por emisión de positrones [TEP], resonancia magnética [RM])	20 % de coaseguro	50 % de coaseguro	Sin cargo hasta el monto permitido de \$500 (pruebas de diagnóstico e imágenes combinadas) por año. Luego del límite se aplica el coaseguro . Los límites están combinados entre todas las redes . Requiere una autorización previa o no tendrá cobertura.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad	Medicamentos genéricos preferidos	\$20 o (\$15 incrementado) (al detal); 2 veces el costo compartido al detal (pedido por	Sin cobertura	Un suministro de 30 días (al detal); un suministro de 90 días (pedido por correo). Sujeto a las pautas del formulario , cuando se aprueba mediante un proceso de excepción.

Eventos médicos comunes	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y más información importante
		Proveedor preferido (Pagará el monto mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará el monto máximo)	
o afección Obtenga más información sobre la cobertura de medicamentos de receta en www.kp.org/wa		correo)/ <u>medicamentos de receta</u> ; no se aplica el <u>deducible</u> .		
	Medicamentos de marca preferidos	\$50 o (\$45 incrementado) (al detal); 2 veces el costo compartido al detal (pedido por correo)/ <u>medicamentos de receta</u> ; no se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura	Un suministro de 30 días (al detal); un suministro de 90 días (pedido por correo). Sujeto a las pautas del <u>formulario</u> , cuando se aprueba mediante un proceso de excepción.
	Medicamentos no preferidos	\$95 o (\$85 incrementado) (al detal); 2 veces el costo compartido al detal (pedido por correo)/ <u>medicamentos de receta</u> ; no se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura	Un suministro de 30 días (al detal); un suministro de 90 días (pedido por correo). Sujeto a las pautas del <u>formulario</u> , cuando se aprueba mediante un proceso de excepción.
	Medicamentos especializados	Se aplican <u>costos compartidos</u> por medicamentos genéricos preferidos, medicamentos de marca preferidos o no preferidos	Sin cobertura	Hasta un suministro de 30 días (al detal) Sujeto a las pautas del <u>formulario</u> , cuando se aprueba mediante un proceso de excepción.
Si tiene una cirugía ambulatoria	Tarifa del establecimiento (p. ej., 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	Atención en la sala de emergencias	\$200 por visita, luego 20 % de <u>coaseguro</u>	\$200 por visita, luego 20 % de <u>coaseguro</u>	Debe notificar a Kaiser Permanente en menos de 24 horas si es admitido en el establecimiento de un <u>proveedor fuera de la red</u> ; limitado solo a casos de una emergencia inicial. Se exonera el <u>copago</u> si es admitido como paciente hospitalizado.
	Traslado por emergencia médica	<u>Coaseguro</u> del 20 %	<u>Coaseguro</u> del 20 %	Ninguna

Eventos médicos comunes	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y más información importante
		Proveedor preferido (Pagará el monto mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará el monto máximo)	
	Atención de urgencia	\$40 (beneficio incrementado de \$30) por visita o <u>coaseguro</u> del 20 %	50 % de <u>coaseguro</u>	Ninguna
Si es hospitalizado	Tarifa del establecimiento (p. ej., habitación de hospital)	20 % de <u>coaseguro</u>	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 para pacientes ambulatorios	\$40 (beneficio incrementado de \$30) por visita o <u>coaseguro</u> del 20 %	50 % de <u>coaseguro</u>	Ninguna
	Servicios para pacientes hospitalizados	20 % de <u>coaseguro</u>	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>	<u>El 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 una ecografía).
	Servicios profesionales de parto	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 del centro de maternidad	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.
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales	Atención a la salud en el hogar	20 % de <u>coaseguro</u>	50 % de <u>coaseguro</u>	Debe notificar a Kaiser Permanente o no tendrá cobertura.
	Servicios de rehabilitación	Paciente ambulatorio: \$40 (beneficio incrementado de \$30) por visita o <u>coaseguro</u>	Paciente ambulatorio: 50 % de <u>coaseguro</u> Paciente hospitalizado:	Combinado con los servicios de recuperación de las habilidades. Pacientes ambulatorios: límite de 45 visitas por año. Pacientes

Eventos médicos comunes	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y más información importante
		Proveedor preferido (Pagará el monto mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará el monto máximo)	
		del 20 % Paciente hospitalizado: <u>coaseguro</u> del 20 %	50 % de <u>coaseguro</u>	hospitalizados: límite de 30 días por año, se requiere <u>autorización previa</u> o no tendrá cobertura. Los servicios con diagnósticos de salud mental tienen cobertura ilimitada. Los límites están combinados con las <u>redes</u> de proveedores preferidos y <u>proveedores fuera de la red</u> .
	Servicios de recuperación de las habilidades	Paciente ambulatorio: \$40 (beneficio incrementado de \$30) por visita o <u>coaseguro</u> del 20 % Paciente hospitalizado: <u>coaseguro</u> del 20 %	Paciente ambulatorio: 50 % de <u>coaseguro</u> Paciente hospitalizado: 50 % de <u>coaseguro</u>	Combinado con los servicios de rehabilitación. Pacientes ambulatorios: límite de 45 visitas por año. Pacientes hospitalizados: límite de 30 días por año, se requiere <u>autorización previa</u> o no tendrá cobertura. Los servicios con diagnósticos de salud mental tienen cobertura ilimitada. Los límites están combinados con las <u>redes</u> de proveedores preferidos y <u>proveedores fuera de la red</u> .
	Atención de enfermería especializada	20 % de <u>coaseguro</u>	50 % de <u>coaseguro</u>	Límite de 60 días por año. Los límites están combinados con las <u>redes</u> de proveedores preferidos y <u>proveedores fuera de la red</u> . Debe notificar a Kaiser Permanente acerca de la admisión o no tendrá cobertura.
	Equipo médico duradero	20 % de <u>coaseguro</u>	50 % de <u>coaseguro</u>	Sujeto a las pautas del <u>formulario</u> . Requiere una <u>autorización previa</u> o no tendrá cobertura.
	Servicios de hospicio	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 servicios odontológicos u oftalmológicos	Examen de la vista para niños	Exámenes de refracción sin cargo, no se aplica el <u>deducible</u> .	Exámenes de refracción sin cargo, no se aplica el <u>deducible</u> .	Un examen cada 12 meses
	Anteojos para niños	Sin 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 la póliza o el documento del [plan](#) para obtener más información y una lista de los demás [servicios excluidos](#)).

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Cirugía bariátrica• Anteojos para niños• Cirugía estética• Servicios odontológicos (adultos y niños) | <ul style="list-style-type: none">• Audífonos• Tratamiento de infertilidad• Atención a largo plazo• Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU. | <ul style="list-style-type: none">• Servicios de enfermería privada• Podología de rutina• Programas para perder peso |
|---|--|--|

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

- | | | |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Acupuntura (límite de 12 visitas/año) | <ul style="list-style-type: none">• Atención quiropráctica (límite de 8 visitas por año) | <ul style="list-style-type: none">• Atención de la vista de rutina (adulto) |
|---|--|---|

Su derecho a una cobertura continua: hay agencias que pueden ayudarlo si desea continuar su cobertura luego de que esta se termine. La información de contacto de dichas agencias se muestra en el siguiente cuadro. También pueden estar disponibles otras opciones de cobertura para usted, como 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 una queja o una apelación: Existen agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja sobre su plan por el rechazo de un reclamo. Esta queja se llama reclamación o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para tal reclamo médico. Los documentos del plan también brindan información detallada sobre cómo presentar un reclamo, apelación o reclamación a su plan por cualquier razón. Para obtener más información sobre sus derechos o sobre este aviso, o si necesita asistencia, comuníquese con las agencias indicadas en el siguiente cuadro.

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

Por lo general, la Cobertura Esencial Mínima incluye [planes](#), [seguros de salud](#) disponibles a través del [mercado](#) u otras pólizas individuales del mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y algunas otras coberturas. Si es elegible para ciertos tipos de Cobertura Esencial Mínima, es posible que no sea elegible para el [crédito fiscal por primas](#).

¿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 ayudarlo 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 los servicios de atención médica. Los costos reales serán diferentes según la atención que reciba, los cargos de sus [proveedores](#) 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 parte 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 está embarazada

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$1,500
- [Costo compartido para consulta con especialista](#) \$40+20 %
- [Coaseguro hospitalario \(instalaciones\)](#) 20%
- [Coaseguro para otros servicios \(análisis de sangre\)](#) 20 %

Este EJEMPLO incluye servicios como:

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

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

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$1,500
Copagos	\$10
Coaseguro	\$2,000
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Peg pagaría es	\$3,530

Control de la diabetes de tipo 2 de Joe

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$1,500
- [Costo compartido para consulta con especialista](#) \$40+20 %
- [Coaseguro hospitalario \(instalaciones\)](#) 20 %
- [Coaseguro para otros servicios \(análisis de sangre\)](#) 20 %

Este EJEMPLO incluye servicios como:

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

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$1,100
Copagos	\$900
Coaseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe debería pagar es de	\$2,000

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 para consulta con especialista](#) \$40+20 %
- [Coaseguro hospitalario \(instalaciones\)](#) 20 %
- [Coaseguro para otros servicios \(radiografías\)](#) 20 %

Este 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	\$2,800
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría lo siguiente:

Costos compartidos	
Deducibles	\$1,500
Copagos	\$300
Coaseguro	\$300
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$2,100

El [plan](#) sería responsable de cubrir los costos adicionales de este EJEMPLO de servicios cubiertos.