



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: \$5,000 individual/\$10,000 familiar Proveedor fuera de la red: \$10,000 individual/\$20,000 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 sin costo compartido</u> y antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte la lista de <u>servicios preventivos cubiertos</u> 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> ? | Proveedores preferidos: \$7,150 individual/\$14,300 familiar Proveedor fuera de la red: \$14,300 individual/\$28,600 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> ? | <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 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 | \$25 por visita (\$15 de beneficio incrementado), luego 50 % de coaseguro | 50 % de coaseguro | Se aplica el beneficio incrementado cuando los servicios los proporciona un proveedor incrementado. |
| | Visita a un especialista | \$25 por visita (\$15 de beneficio incrementado), luego 50 % de coaseguro | 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 qué pagará su plan . |
| Si se somete a una prueba | Pruebas de diagnóstico (radiografías y análisis de sangre) | 50 % de coaseguro | 50 % de coaseguro | Ninguna |
| | Diagnóstico por imagenología (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética) | 50 % de coaseguro | 50 % de coaseguro | Requiere una autorización previa o no tendrá cobertura. |
| Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Información adicional sobre la cobertura de medicamentos de receta disponible en www.kp.org/wa | Medicamentos genéricos preferidos | \$20 o (\$15 incrementado) (al detal); 2 veces el costo compartido al detal (pedido por correo)/ medicamentos de receta ; no se aplica el deducible . | Sin cobertura | Un suministro de 30 días (al detal); un suministro de 90 días (pedido por correo). Sujeto a las pautas del formulario. |
| | Medicamentos de marca preferidos | \$50 o (\$45 incrementado) (al detal); 2 veces el costo compartido al detal (pedido por correo)/ medicamentos de receta ; no se aplica el deducible . | No se ofrece cobertura | Un suministro de 30 días (al detal); un suministro de 90 días (pedido por correo). Sujeto a las pautas del formulario. |
| | Medicamentos no preferidos | \$95 o (\$85 incrementado) (al detal); | No se ofrece cobertura | Hasta un suministro de 30 días (al detal); un suministro de 90 días (pedido por correo). |

| 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) | |
| | | 2 veces el costo compartido al detal (pedido por correo)/ <u>medicamentos de receta</u> ; no se aplica el <u>deducible</u> . | | Sujeto a las pautas del <u>formulario</u> . |
| | 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) | 50 % de <u>coaseguro</u> | 50 % de <u>coaseguro</u> | Ninguna |
| | Tarifas del médico/cirujano | 50 % de <u>coaseguro</u> | 50 % de <u>coaseguro</u> | Ninguna |
| Si necesita atención médica inmediata | Atención en la sala de emergencias | \$250 por visita, luego 50 % de <u>coaseguro</u> | \$250 por visita, luego 50 % 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 | 50 % de <u>coaseguro</u> | 50 % de <u>coaseguro</u> | Ninguna |
| | Atención de urgencia | \$25 por visita (\$15 de beneficio incrementado), luego 50 % de <u>coaseguro</u> | 50 % de <u>coaseguro</u> | Ninguna |
| Si es hospitalizado | Tarifa del establecimiento (por ejemplo, habitación de hospital) | 50 % 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 | 50 % 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 | Servicios para pacientes ambulatorios | \$25 por visita (\$15 de beneficio incrementado), luego 50 % de <u>coaseguro</u> | 50 % de <u>coaseguro</u> | Ninguna |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | 50 % de <u>coaseguro</u> | 50 % de <u>coaseguro</u> | Debe notificar a Kaiser Permanente acerca de la admisión o no tendrá cobertura. |

| 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) | |
| sustancias | | | | |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | 50 % 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 un ultrasonido). |
| | Servicios profesionales de parto/nacimiento | 50 % 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 | 50 % 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 | 50 % de <u>coaseguro</u> | 50 % de <u>coaseguro</u> | Debe notificar a Kaiser Permanente o no tendrá cobertura. |
| | Servicios de rehabilitación | Paciente ambulatorio: \$25 por visita (\$15 de beneficio incrementado), luego 50 % de <u>coaseguro</u> Paciente hospitalizado: 50 % de <u>coaseguro</u> | Paciente ambulatorio: 50 % de <u>coaseguro</u> Paciente hospitalizado: 50 % de <u>coaseguro</u> | Combinado con los servicios de recuperación de las habilidades. 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. |
| | Servicios de recuperación de las habilidades | Paciente ambulatorio: \$25 por visita (\$15 de beneficio incrementado), luego 50 % de <u>coaseguro</u> Paciente hospitalizado: 50 % de <u>coaseguro</u> | 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. |
| | Atención de enfermería especializada | 50 % de <u>coaseguro</u> | 50 % de <u>coaseguro</u> | Límite de 60 días por año. 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. |

| 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) | |
| | Equipo médico duradero | 50 % 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 | 50 % 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 | 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 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"> • Enfermera 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 cuadro a continuación. También pueden estar disponibles otras opciones de cobertura para usted, lo que incluye 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 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 una reclamación. 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, este aviso o 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

Por lo general, la Cobertura Esencial Mínima incluye [planes](#), [seguros de salud](#) disponibles a través de [Marketplace](#) u otras pólizas de mercado individuales, 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 la 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 se basan 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 deducible [general](#) del [plan](#) \$5,000
- [Costo compartido para consultas con un especialista](#) \$25+50 %
- [Coaseguro hospitalario \(instalaciones\)](#) 50 %
- [Coaseguro para otros servicios \(análisis de sangre\)](#) 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 | \$12,700 |
|--------------------------------|-----------------|

En este ejemplo, Peg pagaría:

| <i>Costos compartidos</i> | |
|------------------------------------|-----------------|
| Deducibles | \$5,000 |
| Copagos | \$0 |
| Coaseguro | \$2,200 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$20 |
| El total que Peg pagaría es | *\$7,170 |

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](#) \$5,000
- [Costo compartido para consultas con un especialista](#) \$25+50 %
- [Coaseguro hospitalario \(instalaciones\)](#) 50 %
- [Coaseguro para otros servicios \(análisis de sangre\)](#) 50 %

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas a la oficina 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:

| <i>Costos compartidos</i> | |
|---|----------------|
| Deducibles | \$1,100 |
| Copagos | \$900 |
| Coaseguro | \$0 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| 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](#) \$5,000
- [Costo compartido para consultas con un especialista](#) \$25+50 %
- [Coaseguro hospitalario \(instalaciones\)](#) 50 %
- Otro (radiografía) [coaseguro](#) 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 | \$2,800 |
|--------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Mia pagaría lo siguiente:

| <i>Costos compartidos</i> | |
|------------------------------------|-----------------|
| Deducibles | \$2,800 |
| Copagos | \$10 |
| Coaseguro | \$0 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Mia pagaría es | *\$2,000 |

* Nota: El monto que paga el paciente tiene como tope el límite de desembolso del plan. Es posible que no coincidan los montos totales debido al redondeo

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