



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 compartirían el costo de los servicios de atención a la salud cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamado **prima) será proporcionado 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 deducible general?	<u>Proveedor preferido</u> : \$2,500 individual /\$5,000 familiar <u>Proveedor fuera de la red</u> : \$5,000 individual /\$10,000 familiar	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar el monto deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros familiares en la póliza, el deducible familiar general debe cubrirse antes de que el plan comience a pagar.
¿Hay servicios cubiertos antes de que usted alcance su deducible ?	Sí. <u>La atención preventiva</u> y los servicios se indican en la tabla a partir de la página 2.	Este plan cubre algunos artículos y servicios, aun cuando usted no haya alcanzado el monto deducible . Sin embargo un copago o un coaseguro podría aplicar. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido y antes de que alcance su deducible . Consulte la lista de servicios preventivos cubiertos en www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	Usted no tiene que alcanzar los deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de desembolso para este plan ?	<u>Proveedor preferido</u> : individual \$4,500/familiar \$8,500 <u>Proveedor fuera de la red</u> : Sin límite	El límite de desembolso es la suma más alta que podría pagar en un año de servicios cubiertos. Si tiene otros miembros familiares en este plan , el límite de desembolso familiar debe cubrirse.
¿Cuáles son los gastos que no se incluyen en el límite de desembolso ?	<u>Primas</u> , cargos por <u>facturación de saldo</u> , servicios de atención a la salud que este plan 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 límite de desembolso .
¿Pagará menos si usa un proveedor de la red ?	Sí. Visite www.kp.org o llame al 1-888-901-4636 (TTY: 711) para obtener una lista de los proveedores de la red.	Este plan utiliza una red de proveedores. Usted pagará menos si utiliza un proveedor dentro de la red del plan . Usted pagará más si utiliza un proveedor fuera de la red y, posiblemente, reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga (<u>facturación de saldos</u>). Tenga en cuenta que su proveedor de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Verifique con su proveedor antes de obtener algún servicio.
¿Necesita una referencia para ver a un especialista ?	No.	Puede ver al especialista que escoja sin una referencia .



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

Eventos médicos comunes	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otras informaciones importantes
		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	20 % de coaseguro	50 % de coaseguro	Ninguna
	Visita a un especialista	20 % de coaseguro	50 % de coaseguro	Ninguna
	Atención preventiva/exámenes de detección /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)	20 % de coaseguro	50 % de coaseguro	Ninguna
	Diagnóstico por imagenología (tomografía computarizada [TC], tomografía por emisión de positrones [TEP], resonancia magnética [RM])	20 % de coaseguro	50 % de coaseguro	Requiere una autorización previa
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Puede encontrar información adicional sobre la cobertura de medicamentos de receta en www.kp.org/formulary .	Medicamentos genéricos preferidos	\$10 (al detal); 3 veces el costo compartido al detal (pedido por correo)/ medicamentos de receta	No se ofrece cobertura	Un suministro de 30 días (al detal); un suministro de 90 días (pedido por correo). Los anticonceptivos son sin cargo. Sujeto a las pautas del formulario .
	Medicamentos de marca preferidos	\$35 o (\$30 incrementado) (al detal); 3 veces el costo compartido al detal (pedido por correo)/ medicamentos de receta	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	\$70 o (\$65 incrementado) (al detal); 3 veces el costo compartido al detal (pedido por correo)/ medicamentos	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 .

Eventos médicos comunes	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otras informaciones importantes
		Proveedor preferido (Pagará el monto mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará el monto máximo)	
		<u>de receta</u>		
	Medicamentos especializados	Se aplican <u>costos compartidos</u> por medicamentos genéricos preferidos, medicamentos de marca preferidos o no preferidos que correspondan.	No se ofrece 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 coaseguro	50 % de coaseguro	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano	20 % de coaseguro	50 % de coaseguro	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	20 % de coaseguro	20 % de coaseguro	Debe notificar a Kaiser Permanente dentro de las primeras 24 horas si es admitido en un <u>proveedor fuera de la red</u> ; limitado a una emergencia inicial solamente.
	Traslado por emergencia médica	20 % de coaseguro	20 % de coaseguro	Ninguna
	Atención de urgencia	20 % de coaseguro	50 % de coaseguro	Ninguna
Si es hospitalizado	Tarifa del establecimiento (p. ej., habitación de hospital)	20 % de coaseguro	50 % de coaseguro	Debe notificar a Kaiser Permanente acerca de la admisión o no tendrá cobertura.
	Tarifas del médico/cirujano	20 % de coaseguro	50 % de coaseguro	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	20 % de coaseguro	50 % de coaseguro	Ninguna
	Servicios para pacientes hospitalizados	20 % de coaseguro	50 % de coaseguro	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 coaseguro	El costo compartido 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	20 % de coaseguro	50 % de coaseguro	Debe notificar a Kaiser Permanente dentro

Eventos médicos comunes	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otras informaciones importantes
		Proveedor preferido (Pagará el monto mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará el monto máximo)	
	parto/nacimiento			de las primeras 24 horas luego de la admisión o tan pronto como sea médicamente posible. Los costos compartidos de servicios para recién nacidos se consideran por separado de los de la madre.
	Servicios de instalaciones para el parto / nacimiento	20 % de coaseguro	50 % de coaseguro	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 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 coaseguro	50 % de coaseguro	Debe notificar a Kaiser Permanente o no tendrá cobertura.
	Servicios de rehabilitación	Pacientes ambulatorios: 20 % de coaseguro Pacientes hospitalizados: 20 % de coaseguro	Pacientes ambulatorios: 50 % de coaseguro Pacientes hospitalizados: 50 % de coaseguro	En conjunto con los servicios de recuperación de las habilidades. Pacientes ambulatorios: Límite de 45 visitas por año. Pacientes hospitalizados: Límite de 30 días por año, requiere una <u>autorización previa</u> .
	Servicios de recuperación de las habilidades	Pacientes ambulatorios: 20 % de coaseguro Pacientes hospitalizados: 20 % de coaseguro	Pacientes ambulatorios: 50 % de coaseguro Pacientes hospitalizados: 50 % de coaseguro	En conjunto con los servicios de rehabilitación : Pacientes ambulatorios: Límite de 45 visitas por año. Pacientes hospitalizados: Límite de 30 días por año, requiere una <u>autorización previa</u> .
	Atención de enfermería especializada	20 % de coaseguro	50 % de coaseguro	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.
	Equipo médico duradero	20 % de coaseguro	50 % de coaseguro	Sujeto a las pautas del <u>formulario</u> . Se puede exigir una <u>autorización previa</u>
	Servicios de hospicio	20 % de coaseguro	50 % de coaseguro	Debe notificar a Kaiser Permanente acerca de la admisión o no tendrá cobertura.
Si su niño 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

Eventos médicos comunes	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otras informaciones importantes
		Proveedor preferido (Pagará el monto mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará el monto máximo)	
	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](#)).

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía bariátrica • Anteojos para niños • Cirugía estética • Servicios odontológicos (adultos y niños) | <ul style="list-style-type: none"> • 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. Revise su documento del [plan](#)).

- | | | |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura (12 visitas por año) • Atención quiropráctica (límite de 12 visitas por año) | <ul style="list-style-type: none"> • Audífonos (límite de \$3,000 por oído por 36 meses) | <ul style="list-style-type: none"> • Servicios oftalmológicos de rutina (adultos) |
|--|---|--|

Su derecho 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. 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 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, 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
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 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).

Chinese (中文): 如果需要中文的幫助, 請撥打這個號碼 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijjigo holne' 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Pennsylvania Dutch (Deutsch): Fer Hilf griege in Deutsch, ruf 1-888-901-4636 (TTY: 711) uff.

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

Samoan (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Carolinian (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Chamorro (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, à'gang 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 que se muestran 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 sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Concéntrese 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 está embarazada

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$2,500
- [Coaseguro para consultas con un especialista](#) 20 %
- [Coaseguro](#) hospitalario (instalaciones) 20 %
- [Coaseguro](#) para otros servicios (análisis de sangre) 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	\$12,700
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$2,500
Copagos	\$10
Coaseguro	\$1,800
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Peg pagaría es	\$4,330

Control de la diabetes tipo 2 de

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$2,500
- [Coaseguro para consultas con un especialista](#) 20 %
- [Coaseguro](#) hospitalario (instalaciones) 20 %
- [Coaseguro](#) para otros servicios (análisis de sangre) 20 %

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:

Costos compartidos	
Deducibles	\$2,500
Copagos	\$400
Coaseguro	\$70
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$2,970

Fractura simple de Mia

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$2,500
- [Coaseguro para consultas con un especialista](#) 20 %
- [Coaseguro](#) hospitalario (instalaciones) 20 %
- [Coaseguro](#) para otros servicios (radiografías) 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	\$2,800
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$2,500
Copagos	\$0
Coaseguro	\$60
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$2,560

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