



Todos los planes son ofrecidos y están garantizados por Kaiser Foundation Health Plan of Washington Options, Inc.



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, consulte www.kp.org/plandocuments o llame al 1-888-901-4636 (TTY: 711). Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/Spanish-Uniform-Glossary-05-2020-508.pdf> o llamar al 1-888-901-4636 (TTY: 711) para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deducible</u> total?	Proveedor preferido: \$2,500 por individuo/\$5,000 por familia. Proveedor fuera de la red: \$5,000 por individuo/\$10,000 por familia	En general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta la cantidad <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si usted tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada uno debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos del <u>deducible</u> que pagaron todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> general de la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí, la <u>atención preventiva</u> y los servicios que se indican en la tabla que comienza en la página 2.	Este <u>plan</u> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <u>deducible</u> . Sin embargo, se podría aplicar un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> en www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No debe pagar <u>deducibles</u> por servicios específicos.
¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Proveedor preferido: \$7,150 por individuo/\$14,300 por familia. Proveedor fuera de la red: sin límite	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada uno debe alcanzar su propio <u>límite de gastos de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> general de la familia.
¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	Las <u>primas</u> , los cargos por <u>facturación de saldo</u> , la atención médica que no cubre este <u>plan</u> y los servicios que se indican en la tabla que comienza en la página 2.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Para obtener una lista de <u>proveedores</u> de la red, visite www.kp.org o llame al 1-888-901-4636 (TTY: 711).	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> que esté incluido en la <u>red</u> del <u>plan</u> . Pagará más si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su <u>plan</u> paga (<u>facturación de saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de obtener servicios.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Necesita una <u>derivación</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ?	No.	Puede ver al especialista que usted elija sin una derivación.

 Todos los copagos y el coseguro que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su deducible, si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor preferido: (Usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si acude al consultorio o clínica del <u>proveedor</u>	Consulta de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$25 por visita o 20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	No se aplican el <u>deducible</u> ni el <u>coseguro</u> a las primeras 4 visitas combinadas para pacientes ambulatorios por año; después están cubiertas con el <u>deducible</u> y el <u>coseguro</u> (no se aplica el <u>copago</u>), solo en la <u>red de proveedores</u> preferidos.
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$25 por visita o 20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Atención preventiva/evaluación/vacunas</u>	Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica.	50% de <u>coseguro</u>	Usted tendrá que pagar por los servicios que no son <u>preventivos</u> . Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son <u>preventivos</u> . Luego, consulte lo que su <u>plan</u> pagará.
Si se realiza un examen	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Sin costo hasta alcanzar una asignación de \$500 (<u>exámenes de diagnóstico</u> y diagnóstico por imágenes combinados) por año. Después de la asignación, se aplicará el <u>coseguro</u> . Los límites se combinan entre todas las <u>redes</u> .
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Sin costo hasta alcanzar una asignación de \$500 (<u>exámenes de diagnóstico</u> y diagnóstico por imágenes combinados) por año. Después de la asignación, se aplicará el <u>coseguro</u> . Los límites se combinan entre todas las <u>redes</u> . Se requiere <u>autorización previa</u> .

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor preferido: (Usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica Hay más información disponible sobre la <u>cobertura de medicamentos con receta médica</u> en www.kp.org/formulary	Medicamentos genéricos preferidos	Al por menor: \$20 por <u>receta médica</u> (o beneficio mejorado de \$15) para 30 días; orden por correo: \$30 por <u>receta médica</u> , el <u>deducible</u> no se aplica.	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días al por menor o hasta un suministro de 90 días en orden por correo. Los anticonceptivos no tienen costo. Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> .
	Medicamentos de marca preferidos	Al por menor: \$50 por <u>receta médica</u> (o beneficio mejorado de \$45) para 30 días; orden por correo: \$90 por <u>receta médica</u> , el <u>deducible</u> no se aplica.	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días al por menor o hasta un suministro de 90 días en orden por correo. Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> .
	Medicamentos no preferidos	Al por menor: \$95 (o beneficio mejorado de \$85) por <u>receta médica</u> ; orden por correo: \$170 por <u>receta médica</u> , el <u>deducible</u> no se aplica.	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días al por menor o hasta un suministro de 90 días en orden por correo. Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> .
	<u>Medicamentos especializados</u>	El <u>costo compartido</u> se aplica a los medicamentos genéricos preferidos, de marca preferidos o no preferidos.	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días al por menor. Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> cuando estén aprobados mediante el proceso de excepciones.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la Sala de Emergencias</u>	\$200 por visita, después 20% de <u>coseguro</u>	\$200 por visita, después 20% de <u>coseguro</u>	Debe notificar a Kaiser Permanente dentro de las 24 horas si recibe servicios de un <u>proveedor fuera de la red</u> . Se limita únicamente a emergencias iniciales. No se aplica el <u>copago</u> si ingresó al hospital directamente como paciente hospitalizado.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Atención de urgencia</u>	\$25 por visita o 20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Ninguna

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor preferido: (Usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si necesita hospitalización	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	\$200 por admisión, después 20% de <u>coseguro</u>	\$200 por admisión, después 50% de <u>coseguro</u>	Debe notificar la hospitalización a Kaiser Permanente. De lo contrario, no estará cubierta.
	Tarifas del médico/cirujano	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Debe notificar la hospitalización a Kaiser Permanente. De lo contrario, no estará cubierta.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$25 por visita o 20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$200 por admisión, después 20% de <u>coseguro</u>	\$200 por admisión, después 50% de <u>coseguro</u>	Debe notificar la hospitalización a Kaiser Permanente. De lo contrario, no estará cubierta.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Los <u>costos compartidos</u> no se aplican para los <u>servicios preventivos</u> . Los cuidados de maternidad podrían incluir los exámenes y servicios que se describen en otras partes del SBC (por ejemplo, ecografía).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Debe notificar a Kaiser Permanente dentro de las 24 horas de la admisión o tan pronto como sea médicamente posible. Los <u>costos compartidos</u> de los servicios para recién nacidos están separados de los de la madre.
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	\$200 por admisión, después 20% de <u>coseguro</u>	\$200 por admisión, después 50% de <u>coseguro</u>	Debe notificar a Kaiser Permanente dentro de las 24 horas de la admisión o tan pronto como sea médicamente posible. Los <u>costos compartidos</u> de los servicios para recién nacidos están separados de los de la madre.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor preferido: (Usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Atención médica en el hogar</u>	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Debe notificar a Kaiser Permanente. De lo contrario, no estarán cubiertos.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Paciente ambulatorio: \$25 por visita o 20% de <u>coseguro</u> ; paciente hospitalizado: \$200 por admisión, después 20% de <u>coseguro</u>	Paciente ambulatorio: 50% de <u>coseguro</u> ; paciente hospitalizado: \$200 por admisión, después 50% de <u>coseguro</u>	Combinados con <u>servicios de rehabilitación</u> ; paciente ambulatorio: límite de 45 consultas por año. Paciente hospitalizado: límite de 30 días por año; no está cubierto sin <u>autorización previa</u> .
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Paciente ambulatorio: \$25 por visita o 20% de <u>coseguro</u> ; paciente hospitalizado: \$200 por admisión, después 20% de <u>coseguro</u>	Paciente ambulatorio: 50% de <u>coseguro</u> ; paciente hospitalizado: \$200 por admisión, después 50% de <u>coseguro</u>	Combinados con <u>servicios de rehabilitación</u> ; paciente ambulatorio: límite de 45 consultas por año. Paciente hospitalizado: límite de 30 días por año; no está cubierto sin <u>autorización previa</u> .
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	\$200 por admisión, después 20% de <u>coseguro</u>	\$200 por admisión, después 50% de <u>coseguro</u>	Límite de 60 días por año. Los límites se combinan entre las redes de proveedores preferidos y de <u>proveedores fuera de la red</u> . Debe notificar la hospitalización a Kaiser Permanente. De lo contrario, no estará cubierta.
	<u>Equipo médico duradero</u>	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> . Es posible que no esté cubierto sin <u>autorización previa</u> .
	<u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u>	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Debe notificar la hospitalización a Kaiser Permanente. De lo contrario, no estará cubierta.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	El examen de refracción no tiene costo, el <u>deducible</u> no se aplica.	El examen de refracción no tiene costo, el <u>deducible</u> no se aplica.	Limitado a 1 examen cada 12 meses
	Anteojos para niños	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna
	Control dental para niños	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su Plan, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o el documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- Cirugía bariátrica
- Anteojos para niños
- Cirugía estética
- Atención dental (adultos y niños)
- Tratamiento para la infertilidad
- Cuidados a largo plazo
- Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Enfermería privada
- Cuidado de los pies de rutina
- Programas para perder peso

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).

- Acupuntura (se limita a 12 visitas por año)
- Atención quiropráctica (se limita a 8 visitas por año)
- Audífonos (límite de 1 audífono por oído cada 36 meses)
- Cuidado de los ojos de rutina (adultos)

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos se muestra en la siguiente tabla. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.CuidadoDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por la denegación de una reclamación. Esta queja se denomina queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha reclamación médica. Los documentos de su plan también dan toda la información para presentar una reclamación, una apelación o una queja formal por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con los organismos que aparecen en la siguiente tabla.

Información de contacto para obtener información sobre sus derechos a continuar con su cobertura y sus derechos a presentar quejas o apelaciones:

Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente	1-888-901-4636 (TTY: 711) o www.kp.org
Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos	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	1-877-267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov
Departamento de Seguros de Washington	1-800-562-6900 o www.insurance.wa.gov

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles a través del Mercado u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de cobertura esencial mínima, tal vez no sea elegible para el crédito fiscal para primas del plan.

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí.

Si su plan no cumple con el valor mínimo estándar, es posible que cumpla con los requisitos para recibir un crédito fiscal para primas del plan que lo ayudará a pagar un plan en el Mercado.

Servicio de acceso a 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, kwijigo 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, â'gang 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este plan cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus proveedores cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos por el plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos planes médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

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

- El deducible general del plan \$2,500
- Costo compartido del especialista \$25 + 20%
- Costo compartido del hospital (establecimiento) \$200 + 20%
- Otro coseguro (análisis de sangre) 20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
 Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto
Exámenes de diagnóstico (*ecografías y análisis de sangre*)
 Consulta con un especialista (*anestesia*)

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

- El deducible general del plan \$2,500
- Costo compartido del especialista \$25 + 20%
- Costo compartido del hospital (establecimiento) \$200 + 20%
- Otro coseguro (análisis de sangre) 20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del médico de atención primaria (*incluye la educación sobre enfermedades*)
Exámenes de diagnóstico (*análisis de sangre*)
Medicamentos por recetas
Equipo médico duradero (*glucómetro*)

Fractura simple de Mia

(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- El deducible general del plan \$2,500
- Costo compartido del especialista \$25 + 20%
- Costo compartido del hospital (establecimiento) \$200 + 20%
- Otro coseguro (radiografía) 20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Atención en la Sala de Emergencias (*incluye suministros médicos*)
Exámenes de diagnóstico (*radiografías*)
Equipo médico duradero (*muletas*)
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo \$12,700

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
<u>Deducibles</u>	\$2,500
<u>Copagos</u>	\$200
<u>Coseguro</u>	\$1,800
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Peg pagaría es	\$4,520

Costo total del ejemplo \$5,600

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
<u>Deducibles</u>	\$1,100
<u>Copagos</u>	\$900
<u>Coseguro</u>	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$2,000

Costo total del ejemplo \$2,800

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
<u>Deducibles</u>	\$2,500
<u>Copagos</u>	\$80
<u>Coseguro</u>	\$60
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$2,640

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