



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 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 definiciones generales de 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 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?	\$0	Revise el cuadro de eventos médicos comunes más abajo para obtener los costos de los servicios que cubre este plan.
¿Hay servicios cubiertos antes de que usted alcance su <u>deducible</u> ?	No se aplica.	Deberá alcanzar el <u>deducible</u> antes que el plan pague por los servicios.
¿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 plan?	\$1,200 individual/\$2,400 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 plan, ellos deben alcanzar sus propios límites de <u>desembolso</u> hasta que el límite total de <u>desembolso</u> familiar se haya alcanzado.
¿Qué no está incluido en el límite de <u>desembolso</u> ?	<u>Primas</u> , cargos por <u>facturación de saldo</u> , 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 <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 plan 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 plan 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 dirigirse a ciertos <u>especialistas</u> .	Este plan 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 esta tabla 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 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 <u>proveedor</u> de atención a la salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o una enfermedad	\$15 / visita	No se ofrece cobertura	Ninguna
	Visita a un <u>especialista</u>	\$15 / visita	No se ofrece cobertura	Ninguna
	<u>Atención preventiva/evaluaciones/vacunación</u>	Sin cargo	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)	Sin cargo	No se ofrece cobertura	Ninguna
	Diagnóstico por imagenología (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética)	\$50 por servicio	No se ofrece cobertura	<u>Requiere una autorización previa</u> o no tendrá cobertura.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Información adicional sobre <u>la cobertura de medicamentos de receta</u> disponible en www.kp.org/wa .	Medicamentos en base al valor	Al detal: \$4/receta	No se ofrece cobertura	Hasta un suministro de 30 días (al detal) o un suministro de 90 días (pedido por correo). Sujeto a las pautas del <u>formulario</u> .
	Medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1)	Al detal: \$8/medicamento de receta; Pedido por correo: \$5 de descuento en el <u>costo compartido</u> al detal por medicamento de receta		
	Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	Al detal: \$25/receta; Pedido por correo: \$5 de descuento en el <u>costo compartido</u> al detal por medicamento de receta	No se ofrece cobertura	Hasta un suministro de 30 días (al detal) o un suministro de 90 días (pedido por correo). Sujeto a las pautas del <u>formulario</u> .
	Medicamentos genéricos/de marca no preferidos (Nivel 3)	No se ofrece cobertura	No se ofrece cobertura	Ninguna
	<u>Medicamentos especializados</u>	Pueden aplicarse <u>costos compartidos</u> a medicamentos genéricos	No se ofrece cobertura	Hasta un suministro de 30 días (al detal) Sujeto a las <u>pautas</u> del formulario.

Eventos médicos comunes	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otras informaciones importantes
		Proveedor de la red (Pagará el monto mínimo)	Proveedor que no pertenece a la red (Pagará el monto máximo)	
		preferidos, medicamentos de marca preferidos o medicamentos genéricos/de marca no preferidos.		
Si tiene una cirugía ambulatoria	Tarifa del establecimiento (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$50 / visita	No se ofrece cobertura	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano	Incluido en la tarifa del establecimiento	No se ofrece cobertura	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	\$200 por visita	\$200 por visita	Debe notificar a Kaiser Permanente dentro de las 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>	20 % de <u>coaseguro</u>	Ninguna
	<u>Atención de urgencia</u>	\$15 / visita	\$200 por visita	Se cubre a los <u>proveedores que no pertenecen a la red</u> cuando estén temporalmente fuera del área de servicio.
Si es hospitalizado	Tarifa del establecimiento (por ejemplo, habitación de hospital)	\$100 por día, hasta \$500 por admisión	No se ofrece cobertura	<u>Requiere una autorización previa</u> o no tendrá cobertura.
	Tarifas del médico/cirujano	Incluido en la tarifa del establecimiento	No se ofrece cobertura	<u>Requiere una autorización previa</u> o no tendrá cobertura.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Sin cargo	No se ofrece cobertura	Ninguna
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$100 por día, hasta \$500 por admisión	No se ofrece cobertura	<u>Requiere una autorización previa</u> o no tendrá cobertura.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	No se ofrece cobertura	Según el tipo de servicios, se puede aplicar un <u>copago</u> , un <u>coaseguro</u> o un <u>deducible</u> . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC (como un ultrasonido).
	Servicios profesionales de parto/nacimiento	Incluido en la tarifa del establecimiento	No se ofrece cobertura	Debe notificar a Kaiser Permanente dentro de las primeras 24 horas luego de la admisión o

Eventos médicos comunes	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otras informaciones importantes
		Proveedor de la red (Pagará el monto mínimo)	Proveedor que no pertenece a la red (Pagará el monto máximo)	
				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	\$100 por día, hasta \$500 por admisión	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 médicas especiales	<u>Atención a la salud en el hogar</u>	Sin cargo	No se ofrece cobertura	<u>Requiere una autorización previa</u> o no tendrá cobertura.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Pacientes ambulatorios: \$15 por visita Pacientes hospitalizados: \$100 por día, hasta \$500 por admisión	No se ofrece cobertura	Pacientes ambulatorios: Límite de 60 visitas por año. Pacientes hospitalizados: Límite de 60 días por año (límite conjunto con los <u>servicios de recuperación de las habilidades</u>). Límite de visitas exento en diagnósticos de salud mental. Pacientes hospitalizados: Requiere una <u>autorización previa</u> o no tendrá cobertura.
	<u>Servicios de recuperación de las habilidades</u>	Pacientes ambulatorios: \$15 por visita Pacientes hospitalizados: \$100 por día, hasta \$500 por admisión	No se ofrece cobertura	Paciente ambulatorio: Límite de 60 visitas por año. Paciente hospitalizado: Límite de 60 días por año (combinado con <u>servicios de rehabilitación</u>). Límite de visitas exento en diagnósticos de salud mental. Pacientes hospitalizados: Requiere una <u>autorización previa</u> o no tendrá cobertura.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	Sin cargo	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 ofrece cobertura	Sujeto a las pautas del <u>formulario</u> . <u>Requiere una autorización previa</u> o no tendrá cobertura.
	<u>Servicios de hospicio</u>	Sin cargo	No se ofrece cobertura	<u>Requiere una autorización previa</u> o no tendrá cobertura.
	Examen de la vista para niños	\$15 / visita	No se ofrece cobertura	Limitado a un examen cada 12 meses
Si su niño necesita servicios odontológicos u oftalmológicos	Anteojos para niños	Sin cargo No se aplica el <u>deducible</u>	No se ofrece cobertura	Para los miembros de 19 años o más, se limita a \$300 cada 12 meses. Para los miembros menores de 19 años, se limita a 1 par de marcos y lentes por año o lentes de contacto

Eventos médicos comunes	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otras informaciones importantes
		Proveedor de la red (Pagará el monto mínimo)	Proveedor que no pertenece a la red (Pagará el monto máximo)	
	Consulta odontológica de rutina para niños	No se ofrece cobertura	No se ofrece cobertura	con cobertura de <u>coaseguro</u> del 50%. 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 estética
- Atención dental (adulto y niño)
- Audífonos
- Atención a largo plazo
- Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- 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).

- Acupuntura (límite de 8 visitas por año)
- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica (límite de 10 visitas por año)
- Tratamiento de infertilidad (se limita a \$50,000 como máximo de por vida; los medicamentos para la fertilidad se limitan a \$5,000 como máximo de por vida).
- 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 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, 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

Si usted 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 exoneración 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 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): Dine'ehgo shika a't'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 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 porción de los costos que usted pagaría según diferentes planes de salud. Por favor 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 un parto en el hospital)

■ El deducible <u>general</u> del <u>plan</u>	\$0
■ <u>Copago</u> para consulta con especialista	\$15
■ <u>Copago</u> para el hospital (instalación)	\$100
■ Coaseguro para <u>otros servicios</u> (análisis de sangre)	0 %

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	\$12,800
-------------------------	----------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$100
<u>Coaseguro</u>	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$160

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 <u>general</u> del <u>plan</u>	\$0
■ <u>Copago</u> para consulta con especialista	\$15
■ <u>Copago</u> para el hospital (instalación)	\$100
■ Coaseguro para <u>otros servicios</u> (análisis de sangre)	0 %

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

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

Costo total del ejemplo	\$7,400
-------------------------	---------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$900
<u>Coaseguro</u>	\$40
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Joe pagaría es	\$1,000

Fractura simple de Mia

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

■ El deducible <u>general</u> del <u>plan</u>	\$0
■ <u>Copago</u> para consulta con especialista	\$15
■ <u>Copago</u> para el hospital (instalación)	\$100
■ Otro (radiografía) <u>coaseguro</u>	0 %

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	\$1,900
-------------------------	---------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$300
<u>Coaseguro</u>	\$200
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$500

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