



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 <u>deducible</u> general?	\$0	Revise el cuadro de eventos médicos comunes más abajo para obtener los costos de los servicios que cubre este <u>plan</u> .
¿Hay servicios cubiertos antes de que usted alcance su <u>deducible</u> ?	No se aplica.	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 un <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</u> cubiertos en www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	Usted no tiene que alcanzar los <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de desembolso</u> para este <u>plan</u> ?	\$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 <u>plan</u> , ellos deben alcanzar sus propios <u>límites de desembolso</u> hasta que el <u>límite total de 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> , 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 por estos gastos, ellos 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 o llame al 1-888-901-4636 (TTY: 711) para obtener una lista de los <u>proveedores</u> de la red.	Este <u>plan</u> utiliza una red de proveedores. Usted pagará menos si utiliza un proveedor dentro de la red del <u>plan</u> . Usted pagará más si utiliza un <u>proveedor fuera de la red</u> y posiblemente reciba una factura de un proveedor 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</u> de la red podría utilizar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Verifique con su proveedor antes de obtener algún servicio.
¿Necesita una referencia para ver a un <u>especialista</u> ?	Sí, pero usted puede dirigirse a ciertos <u>especialistas</u> .	Este <u>plan</u> 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 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 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 proveedor de atención a la salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o una enfermedad	Sin cargo	No se ofrece cobertura	Ninguna
	Visita a un especialista	\$15 / visita	No se ofrece cobertura	Ninguna
	Atención preventiva/exámenes de detección/ vacunación	Sin cargo	No se ofrece cobertura	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)	Sin cargo	No se ofrece cobertura	Ninguna
	Diagnóstico por imagenología (tomografía computarizada [TC], tomografía por emisión de positrones [TEP], resonancia magnética [RM])	\$50 / visita	No se ofrece cobertura	Requiere una autorización previa o no tendrá cobertura.
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 con base en el valor	\$4 (al detal);	No se ofrece cobertura	Hasta un suministro de 90 días (al detal/pedido por correo). Sujeto a las pautas del formulario .
	Medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1)	\$8 (al detal); \$5 de descuento en el costo compartido al detal (pedido por correo) por medicamento de receta		
	Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$25 (al detal); \$5 de descuento en el costo	No se ofrece cobertura	Hasta un suministro de 90 días (al detal/pedido por correo). Sujeto a las pautas

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)	
		compartido al detal (pedido por correo) por medicamento de receta		del <u>formulario</u> .
	Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	No se ofrece cobertura	No se ofrece cobertura	Ninguna
	Medicamentos especializados	Se aplican costos compartidos a medicamentos genéricos preferidos o medicamentos de marca 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)	\$50 / visita	No se ofrece cobertura	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo	No se ofrece cobertura	Las tarifas del médico/cirujano se incluyen en la tarifa del establecimiento.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	\$200 por visita	\$200 por visita	Debe notificar a Kaiser Permanente dentro de las 24 horas si es admitido a un proveedor que <u>no pertenece a la red</u> ; limitado a una emergencia inicial solamente. Se exonera el <u>copago</u> si es admitido como paciente hospitalizado.
	Traslado por emergencia médica	20 % de <u>coaseguro</u>	20 % de <u>coaseguro</u>	Ninguna
	Atención de urgencia	Sin cargo	\$200 por visita	Se cubre a los proveedores que <u>no pertenecen a la red</u> cuando esté temporalmente fuera del área de servicio.
Si es hospitalizado	Tarifa del establecimiento (p. ej., habitación de hospital)	\$100 / día hasta \$500 / admisión, después sin costo	No se ofrece cobertura	Requiere una <u>autorización previa</u> o no tendrá cobertura.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo	No se ofrece cobertura	Las tarifas del médico/cirujano se incluyen en la tarifa del establecimiento. Requiere una <u>autorización previa</u> o no tendrá cobertura.

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 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 / día hasta \$500 / admisión, después sin costo	No se ofrece cobertura	Requiere una <u>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	Sin cargo	No se ofrece cobertura	Los servicios profesionales se incluyen en los servicios del establecimiento. 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.
	Servicios de instalaciones para el parto / nacimiento	\$100 / día hasta \$500 / admisión, después sin costo	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 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	Sin cargo	No se ofrece cobertura	Requiere una <u>autorización previa</u> o no tendrá cobertura.
	Servicios de rehabilitación	Pacientes ambulatorios: Sin cargo Pacientes hospitalizados: \$100 por día hasta \$500 por admisión, luego sin cargo	No se ofrece cobertura	En conjunto con los servicios de recuperación de las habilidades. Pacientes ambulatorios: Límite de 60 visitas por año. Pacientes hospitalizados: Límite de 60 días por año, requiere una <u>autorización previa</u> o no tendrá cobertura.
	Servicios de	Pacientes ambulatorios:	No se ofrece cobertura	En conjunto con los servicios de

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)	
	recuperación de las habilidades	Sin cargo Pacientes hospitalizados: \$100 por día hasta \$500 por admisión, luego sin cargo		rehabilitación: Pacientes ambulatorios: Límite de 60 visitas por año. Pacientes hospitalizados: Límite de 60 días por año, requiere una autorización previa o no tendrá cobertura.
	Atención de enfermería especializada	Sin cargo	No se ofrece cobertura	Límite de 60 días por año. Requiere una autorización previa o no tendrá cobertura.
	Equipo médico duradero	50 % de coaseguro	No se ofrece cobertura	Sujeto a las pautas del formulario . Requiere una autorización previa o no tendrá cobertura.
	Servicios de hospicio	Sin cargo	No se ofrece cobertura	Requiere una autorización previa 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 ofrece cobertura	Un examen cada 12 meses
	Anteojos para niños	Sin cargo. No se aplica el deducible .	No se ofrece cobertura	Miembros de 19 años o más: se limita a \$300 cada 12 meses; miembros menores de 19 años: se limita a 1 par de marcos y lentes por año o lentes de contacto cubiertos con un 50 % de coaseguro
	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](#)).

- Cirugía estética
- Servicios odontológicos (adultos y niños)
- 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. Revise su documento del [plan](#)).

- Acupuntura (límite de 20 visitas por año)
- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica (20 visitas por año)
- Tratamiento para la infertilidad (límite de \$50,000 por servicios médicos; límite de \$35,000 por medicamentos de por vida)
- 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 ayudarle 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) o 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 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).

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, kwijijigo 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 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](#) \$0
- [Copago](#) para consultas con un [especialista](#) \$15
- [Copago](#) hospitalario (instalaciones) \$100
- [Coaseguro](#) para otros servicios (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	\$12,700
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$200
Coaseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Peg pagaría es	\$220

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](#) \$0
- [Copago](#) para consultas con un [especialista](#) \$15
- [Copago](#) hospitalario (instalaciones) \$100
- [Coaseguro](#) para otros servicios (análisis de sangre) \$0

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	\$0
Copagos	\$600
Coaseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$600

Fractura simple de Mia

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Copago](#) para consultas con un [especialista](#) \$15
- [Copago](#) hospitalario (instalaciones) \$100
- [Coaseguro](#) para otros servicios (radiografías) \$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	\$2,800
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$400
Coaseguro	\$300
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$700

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