



**Éste es solo un resumen.** Si desea más información sobre la cobertura y los precios, puede obtener los documentos del plan o términos de la póliza en [www.kp.org/plandocuments](http://www.kp.org/plandocuments) o llamando al 1-855-249-5005 o al TTY 711.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Qué es el <b>deducible</b> general?	<b>\$1,500</b> por individuo (aplicable cuando la cobertura es únicamente para el suscriptor)/ <b>\$3,000</b> por familia.  No se aplica a servicios preventivos.	Usted debe pagar todos los costos hasta el monto del <b>deducible</b> , antes de que el plan comience a pagar por los servicios cubiertos. Consulte su póliza para averiguar cuándo tiene que pagar nuevamente el <b>deducible</b> (por lo general, pero no siempre, el 1 de enero). Fíjese en el cuadro de la página 2 para averiguar cuánto debe pagar usted por los servicios cubiertos después de haber pagado el <b>deducible</b> .
¿Hay otros <b>deducibles</b> para servicios específicos?	No.	Usted no tiene que pagar <b>deducibles</b> para servicios específicos, pero debe consultar el cuadro que comienza en la página 2 para obtener los precios de otros servicios cubiertos por el plan.
¿Hay un <b>límite para los gastos de mi bolsillo</b> ?	Sí. <b>\$3,000</b> por individuo (aplicable cuando la cobertura es únicamente para el suscriptor)/ <b>\$6,000</b> por familia.	El <b>límite para los gastos del bolsillo</b> es la cantidad máxima que usted pagará por los servicios cubiertos durante el período de cobertura. Este límite le permite planificar sus gastos médicos.
¿Cuáles son las <b>expensas que no cuentan para el límite de gastos del bolsillo</b> ?	Primas, cargos por saldo de facturación y atención médica que no cubre este plan.	Si bien usted paga estos costos, los mismos no se tendrán en cuenta para el <b>límite de gastos del bolsillo</b> .
¿Hay un <b>límite anual general</b> para lo que paga el plan?	No.	El cuadro que comienza en la página 2 describe los límites de cobertura del plan para servicios <i>específicos</i> , como los límites al número de visitas médicas.
¿Tiene este plan una <b>red de proveedores</b> ?	Sí, consulte <a href="http://www.kp.org">www.kp.org</a> o llame al 1-855-249-5005 (línea TTY 711) para obtener una lista de los <b>proveedores</b> del plan.	Si usted se atiende con médicos y <b>proveedores</b> de la red, el plan pagará muchos o todos los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que su médico u hospital de la red, podría usar algún <b>proveedor</b> que no pertenezca a la red para algunos servicios. Los planes usan términos como perteneciente a la red, <b>preferido</b> o participante para referirse a los <b>proveedores</b> de la <b>red del plan</b> . Consulte el cuadro que comienza en la página 2 para averiguar cómo le paga este plan a sus distintos <b>proveedores</b> .
¿Necesito un <b>referido</b> para ver un <b>especialista</b> ?	No.	Usted puede consultar a cualquier <b>especialista</b> y no necesita un permiso del plan.
¿Hay algún <b>servicio(s)</b> que el plan no cubra?	Sí.	Algunos servicios que este plan no cubre se mencionan en la página 5. Para averiguar cuáles son los <b>servicios excluidos</b> , vea los documentos del plan o póliza.

**Preguntas:** Llame al 1-855-249-5005 o al 1-800-521-4874 (línea TTY) o visite [www.kp.org](http://www.kp.org).

Si no entiende alguno de los términos en **negritas**, consulte el Glosario

en [www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf](http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf) o llame al 1-855-249-5005 o al 1-800-521-4874 (línea TTY) y pida una copia.



- **Copago** es una cantidad fija (por ejemplo \$15) que usted paga por los servicios médicos cubiertos, generalmente al momento de recibirlos.
- **Coseguro** es la parte que le corresponde pagar a *usted* por un servicio cubierto, que es un porcentaje de la **cantidad aprobada** para dicho servicio. Por ejemplo, si la **cantidad aprobada** por el plan para pasar la noche en el hospital es de \$1,000, su **coseguro** será el 20% de esa cantidad o sea \$200. Esta cantidad puede cambiar si usted aún no ha pagado el **deducible**.
- El pago del plan por los servicios cubiertos está basado en la **cantidad aprobada**. Si un **proveedor** fuera de la red (que no pertenece a la red del plan) le cobra más de la **cantidad aprobada**, usted tendrá que pagar la diferencia. Por ejemplo, en un hospital que no pertenece a la red le cobran por pasar la noche internado \$1,500 la **cantidad aprobada** es \$1,000, usted tendrá que pagar la diferencia de \$500 (conocida como **saldo de facturación**.)
- El plan puede animarlo a que use **proveedores del plan** cobrándole **deducibles**, **copagos** o **coseguro** más bajos.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores del plan	Sus costos si usted usa proveedores fuera del plan	Limitaciones y excepciones
Si se atiende en la clínica o consultorio del <b>proveedor médico</b>	Consulta con su médico principal para tratar una condición o herida	20% de coseguro	No está cubierto	————ninguna————
	Consulta con un especialista	20% de coseguro	No está cubierto	————ninguna————
	Consulta con otro proveedor de la salud	Manipulaciones de la columna vertebral: no están cubiertas; servicios de acupuntura: no están cubiertos	No está cubierto	Otros proveedores de la salud se definen como manipulaciones de la columna vertebral o servicios de acupuntura
	Servicios preventivos/ evaluaciones/ vacunas	Sin costo	No está cubierto	No está sujeto al deducible general
Si tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	20% de coseguro	No está cubierto	————ninguna————
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	20% de coseguro	No está cubierto	————ninguna————

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores del plan	Sus costos si usted usa proveedores fuera del plan	Limitaciones y excepciones
<b>Si necesita un medicamento</b>  Para más información sobre la <b>cobertura de medicamentos</b> visite <a href="http://www.kp.org/formulary">www.kp.org/formulary</a> .	Medicamentos genéricos	\$20 por receta médica al por menor; \$40 por receta médica ordenada por correo	No está cubierto	Sujeto a las pautas de la lista de medicamentos. Según orden federal, los artículos de venta libre tienen cobertura con una receta médica cuando se surten en una farmacia de Kaiser Permanente
	Medicamentos de marca	\$40 por receta médica al por menor; \$80 por receta médica ordenada por correo	No está cubierto	Sujeto a las pautas de la lista de medicamentos
	Medicamentos no preferidos	\$60 por receta médica al por menor; \$120 por receta médica ordenada por correo	No está cubierto	Deben autorizarse mediante el proceso para medicamentos no preferidos
	Medicamentos especiales	Se pueden aplicar gastos compartidos para medicamentos genéricos, de marca o no preferidos	No está cubierto	Sujeto a las pautas de la lista de medicamentos
<b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>	Arancel del centro (clínica)	20% de coseguro	No está cubierto	————ninguna————
	Tarifa del médico/cirujano	20% de coseguro	No está cubierto	————ninguna————
<b>Si necesita atención inmediata</b>	Servicios de la sala de emergencias	20% de coseguro	20% de coseguro	————ninguna————
	Traslado médico de emergencia	20% de coseguro	20% de coseguro	————ninguna————
	Cuidado urgente	20% de coseguro	20% de coseguro	Proveedores fuera del plan: están cubiertos solamente cuando usted se encuentra fuera del área de servicio
<b>Si lo admiten al hospital</b>	Arancel del hospital (habitación)	20% de coseguro	No está cubierto	————ninguna————
	Tarifa del médico/cirujano	20% de coseguro	No está cubierto	————ninguna————

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores del plan	Sus costos si usted usa proveedores fuera del plan	Limitaciones y excepciones
<b>Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias</b>	Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta	20% de coseguro	No está cubierto	————ninguna————
	Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados	20% de coseguro	No está cubierto	————ninguna————
	Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias	20% de coseguro	No está cubierto	————ninguna————
	Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados	20% de coseguro	No está cubierto	————ninguna————
<b>Si está embarazada</b>	Cuidados prenatales y post parto	20% de coseguro	No está cubierto	Luego de la confirmación del embarazo, para la serie normal de consultas de rutina que se programan habitualmente
	Parto y todos los servicios de internación	20% de coseguro	No está cubierto	————ninguna————
<b>Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales</b>	Cuidado de la salud en el hogar	20% de coseguro	No está cubierto	La cobertura se limita a menos de 8 horas por día y 28 horas por semana
	Servicios de rehabilitación	20% de coseguro para servicios para pacientes ambulatorios; consulte el arancel del hospital que aparece en “Si lo admiten al hospital” para los servicios para pacientes internados	No está cubierto	Las consultas ambulatorias se limitan a 20 consultas por terapia por año (los trastornos relacionados con el autismo no están sujetos al límite de consultas); las hospitalizaciones en centros multidisciplinarios se limitan a 60 días por enfermedad, por año
	Servicios de recuperación de las habilidades	No está cubierto	No está cubierto	————ninguna————
	Cuidado de enfermería especializado	20% de coseguro	No está cubierto	La cobertura se limita a los artículos de nuestra lista de DME. Las prótesis de brazos y piernas no deben exceder el 20% del coseguro.
	Equipo médico duradero	20% de coseguro	No está cubierto	————ninguna————
	Cuidado de hospicio	No está cubierto	No está cubierto	————ninguna————

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores del plan	Sus costos si usted usa proveedores fuera del plan	Limitaciones y excepciones
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista	No está cubierto	No está cubierto	ninguna
	Anteojos	No está cubierto	No está cubierto	ninguna
	Consulta dental	No está cubierto	No está cubierto	ninguna

**Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:**

<b>Los servicios que su plan NO cubre. (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan para <u>más información.</u>)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acupuntura</li> <li>• Atención dental (adultos)</li> <li>• Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.</li> <li>• Audífonos (adultos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía bariátrica</li> <li>• Cirugía estética</li> <li>• Cuidado de los pies de rutina</li> <li>• Cuidados a largo plazo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manipulaciones de la columna vertebral</li> <li>• Programas para perder peso</li> <li>• Servicios de recuperación de las habilidades</li> <li>• Tratamiento para la infertilidad</li> </ul>

<b>Otros servicios cubiertos. (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan para otros servicios cubiertos y sus precios.)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Audífonos (niños menores de 18 años)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado de los ojos de rutina (adultos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermería privada</li> </ul>

## Su derecho para continuar con la cobertura:

En caso de que usted pierda la cobertura del plan y dependiendo de cuáles sean las circunstancias, es posible que las leyes federales y estatales le proporcionen protecciones que le permitan conservar la cobertura de salud. Cualquiera de esos derechos podría tener una duración limitada y exigirle el pago de una **prima**, que podría ser considerablemente más alta que la **prima** que usted paga cuando tiene la cobertura del plan. Es posible que también se apliquen otras limitaciones a su derecho a continuar con la cobertura.

Para obtener más información sobre su derecho a continuar con la cobertura, comuníquese al plan al 1-855-249-5005 o TTY 1-800-521-4874. También puede comunicarse al departamento de seguros de su estado, a la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444-3272 o en [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa), o al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos al 1-877-267-2323 x61565 o en [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov).

## Su derecho a presentar una queja o una apelación:

Si tiene una queja o no está conforme con una denegación de cobertura de su plan, puede **apelar** la decisión o presentar una **queja**. Si tiene preguntas sobre sus derechos, este aviso, o necesita ayuda comuníquese con el plan al 1-855-249-5005 o TTY al 1-800-521-4874; con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444-3272 o en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform); o con la División de Seguros de Colorado, sección Asuntos del Consumidor en 1560 Broadway, Ste 850, Denver, CO 80202 o al: 303-894-7490 (dentro del estado, línea gratuita: 800-930-3745), o por correo electrónico a: [insurance@dora.state.co.us](mailto:insurance@dora.state.co.us).

## ¿Provee Cobertura Esencial Mínima esta Cobertura?

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio requiere que la mayoría de las personas tengan cobertura de atención médica que cumpla los requisitos de ser "cobertura esencial mínima". **Este plan o esta póliza ofrece cobertura esencial mínima.**

## ¿Satisface esta Cobertura el Estándar de Valor Mínimo?

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio establece un estándar de valor mínimo para los beneficios de un plan médico. El estándar de valor mínimo es 60% (valor actuario). **Esta cobertura médica cumple el estándar de valor mínimo para los beneficios que provee.**

## Servicios de Acceso en Distintos Idiomas:

SPANISH (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-855-249-5005, TTY/TDD 711

TAGALOG (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-855-249-5005, TTY/TDD 711

CHINESE (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-855-249-5005, TTY/TDD 711

NAVAJO (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-855-249-5005, TTY/TDD 711

---

*Para ejemplos sobre cómo este plan paga por los servicios en una situación médica específica consulte la página siguiente.*

## Sobre los ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos le muestran cómo cubriría el plan los servicios en situaciones distintas. Úselos para tener una idea de cuánta cobertura económica podría obtener el paciente del ejemplo de los distintos planes.



### Ésta no es una herramienta de cálculo de costos

No use estos ejemplos para calcular los costos reales de su plan. Los servicios médicos que usted reciba y los precios pueden ser distintos a los mencionados en los ejemplos.

Para información importante sobre estos ejemplos, consulte la página siguiente.

### Nacimiento (parto normal)

- **El proveedor cobra:** \$7,540
- **El plan paga:** \$4,620
- **Usted paga:** \$2,920

#### Ejemplos de los costos:

El costo del hospital (madre)	\$2,700
Atención de rutina del obstetra	\$2,100
El costo del hospital (bebé)	\$900
Anestesia	\$900
Análisis de laboratorio	\$500
Medicamentos	\$200
Radiografías	\$200
Vacunas y otros servicios preventivos	\$40
<b>Total</b>	<b>\$7,540</b>

#### El paciente paga:

Deducibles	\$1,500
Copagos	\$20
Coseguro	\$1,200
Límites o exclusiones	\$200
<b>Total</b>	<b>\$2,920</b>

### Control de la diabetes (control rutinario de la enfermedad)

- **El proveedor cobra:** \$5,400
- **El plan paga:** \$2,820
- **Usted paga:** \$2,580

#### Ejemplo de los costos:

Medicamentos	\$2,900
Equipo médico e insumos	\$1,300
Visitas al consultorio y procedimientos médicos	\$700
Educación sobre el cuidado	\$300
Análisis de laboratorio	\$100
Vacunas y otros servicios preventivos	\$100
<b>Total</b>	<b>\$5,400</b>

#### El paciente paga:

Deducibles	\$1,500
Copagos	\$700
Coseguro	\$300
Límites o exclusiones	\$80
<b>Total</b>	<b>\$2,580</b>

## Preguntas y respuestas sobre los ejemplos mencionados:

### ¿Qué conceptos se presuponen de estos ejemplos?

- Los costos no incluyen las **primas**.
- Los ejemplos de costos están basados en los promedios nacionales provenientes del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. y que no son específicos para una zona geográfica o un plan.
- La afección del paciente no es una condición excluida ni preexistente.
- Todos los servicios y tratamientos empezaron y terminaron en el mismo período de cobertura.
- No hay otros gastos médicos para ningún miembro cubierto por este plan.
- Los gastos del bolsillo están basados solamente en el tratamiento del problema mencionado en el ejemplo.
- El paciente recibió todos los servicios de **proveedores** de la red del plan. Si el paciente hubiese recibido los servicios de **proveedores** fuera de la red, los costos hubieran sido más altos.

### ¿Qué muestra el ejemplo?

En cada ejemplo usted verá cómo suman los **deducibles**, **copagos** y **coseguro**. También le ayudan a ver cuáles son los gastos que tendrá que pagar usted porque no están cubiertos o porque el pago es limitado.

### ¿Contempla el ejemplo mis propias necesidades?

- ✗ **No**. Los tratamientos que mencionamos son solo ejemplos. El tratamiento que usted podría recibir para esta condición tal vez sea distinto, según cuál sea el consejo de su médico, su edad, la gravedad de su caso y otros factores.

### ¿Puede el ejemplo predecir mis gastos futuros?

- ✗ **No**. Los ejemplos de cobertura **no** son herramientas de cálculo de costos. Usted no puede usar el ejemplo para estimar el costo del cuidado de su condición. El ejemplo es únicamente para fines comparativos. Sus costos reales dependerán de los servicios que reciba, del precio del **proveedor** y del reembolso que autorice el plan.

### ¿Puedo usar los ejemplos para comparar los planes?

- ✓ **Sí**. Cuando usted se fija en el Resumen de Beneficios y Cobertura de otros planes, encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Cuando compare los planes, fíjese en el casillero titulado “Usted paga” de cada ejemplo. Cuanto más bajo el número, mayor será la cobertura ofrecida por el plan.

### ¿Debo tener en cuenta otros costos al comparar los planes?

- ✓ **Sí**. Un gasto importante es lo que paga de **prima**. Por lo general, cuanto más baja sea la **prima** mayores serán los gastos de su bolsillo, como los **copagos**, **deducibles** y **coseguro**. También debe tener en cuenta las contribuciones a cuentas tales como las Cuentas de Ahorros Médicos (HSA), Acuerdos de Gastos Flexibles (FSA) o las Cuentas de Reembolsos Médicos (HRA) que le ayudan con los gastos del bolsillo.