



El documento de Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) le ayudará a elegir un plan médico. El SBC le muestra cómo el plan y usted compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA: La información sobre los costos de este plan (que reciben el nombre de primas) se proporcionará por separado. Éste es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura o una copia de los términos completos de la cobertura, consulte www.kp.org/plandocuments o llame al 1-855-249-5005 o a la línea TTY al 711. Para consultar las definiciones generales de los términos comunes, como cantidad aprobada, saldo de facturación, coseguro, copago, deducible, proveedor u otro término que aparezca subrayado, consulte el Glosario en www.HealthCare.gov/sbc-glossary/ o llame al 1-855-249-5005 o a la línea TTY al 711 y pida una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Qué es el <u>deducible</u> general?	\$200 por individuo/\$400 por familia.	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el monto del <u>deducible</u> , antes de que el <u>plan</u> comience a pagar. Si usted tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada miembro de la familia deberá alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos por <u>deducibles</u> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> general de la familia.
¿Hay otros servicios cubiertos antes de que alcance su <u>deducible</u> ?	Sí, <u>servicios preventivos</u> , determinados servicios con copagos, medicamentos recetados y cuidado de hospicio.	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios, incluso si usted no ha alcanzado el monto del <u>deducible</u> . Pero podría aplicarse un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . 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 una lista de los <u>servicios preventivos cubiertos</u> en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	Usted tiene que pagar todos los servicios hasta cubrir el monto específico del <u>deducible</u> antes de que el plan empiece a pagar por dichos servicios.
¿Cuál es el <u>límite para los gastos del bolsillo del plan</u> ?	\$3,000 por individuo/\$6,000 por familia.	El <u>límite para los gastos del bolsillo</u> es la cantidad máxima que usted pagará en un año por los 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 del bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos del bolsillo</u> general de la familia.
¿Cuáles son las <u>expensas que no cuentan para el límite de gastos del bolsillo</u> ?	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 <u>límite de gastos del bolsillo</u> .
¿Pagará menos si usa un <u>proveedor de la red</u> ?	Sí. Consulte www.kp.org o llame al 1-855-249-5005 o a la línea TTY al 711 para obtener una lista de los <u>proveedores del plan</u> .	Este <u>plan</u> usa un proveedor de la <u>red</u> . Usted pagará menos si usa un <u>proveedor de la red</u> del plan. Pagará más si usa 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>saldo de facturación</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor de la red</u> podría usar algún <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como pruebas de laboratorio). Consulte a su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesito un <u>referido</u> para ver un <u>especialista</u> ?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que elija sin un <u>referido</u> .



Todos los costos por **copagos** y **coseguros** que se muestran en el cuadro son después de haber alcanzado su **deducible**, en caso de que se aplique un **deducible**.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones e información importante
		Proveedor del plan (usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera del plan (usted pagará el máximo)	
Si se atiende en la clínica o consultorio del proveedor médico	Consulta con su médico principal para tratar una condición o herida	\$20 de copago por consulta	No está cubierto	El copago no está sujeto al <u>deducible</u>
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$40 de copago por consulta	No está cubierto	El copago no está sujeto al <u>deducible</u>
	<u>Servicios preventivos/ evaluaciones/vacunas</u>	Sin costo	No está cubierto	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 preventivos. Luego, consulte lo que su <u>plan</u> pagará. No está sujeto al <u>deducible</u>
Si tiene que hacerse un examen	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	Radiografías: 20% de coseguro; pruebas de laboratorio: 20% de coseguro	No está cubierto	Servicios de laboratorio de diagnóstico: no están sujetos al deducible, excepto cuando se brinden en el departamento de atención ambulatoria de un hospital; 20% de coseguro en el departamento de atención ambulatoria de un hospital
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	20% de coseguro	No está cubierto	ninguna
Si necesita un medicamento Para más información sobre la <u>cobertura de medicamentos</u> visite www.kp.org .	Medicamentos genéricos	Al por menor: \$20 de copago; orden por correo: \$40 de copago	No está cubierto	Sujeto a las pautas de la lista de medicamentos; medicamentos de marca no preferidos: excepto los medicamentos recetados y autorizados por medio del proceso de medicamentos no preferidos (sujeto al copago de los medicamentos de marca). Según orden federal, los artículos de venta libre tienen cobertura con una receta médica cuando se surten en una farmacia de Kaiser Permanente. Para los miembros del Sur de Colorado: los medicamentos de mantenimiento deben surtirse en una farmacia de las oficinas médicas de Kaiser Permanente o a través del servicio de orden por correo de Kaiser Permanente. Cubre hasta un suministro de 30 días (receta médica al por menor); un suministro de 31 a 90 días (receta médica ordenada por correo)
	Medicamentos de marca preferidos	Al por menor: \$40 de copago; orden por correo: \$80 de copago	No está cubierto	
	Medicamentos de marca no preferidos	No está cubierto	No está cubierto	
	<u>Medicamentos especiales</u>	Se pueden aplicar gastos compartidos para medicamentos genéricos, de marca o no preferidos	No está cubierto	

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones e información importante
		Proveedor del plan (usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera del plan (usted pagará el máximo)	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (clínica)	20% de coseguro	No está cubierto	ninguna
	Tarifa del médico/cirujano	Consulte el arancel del centro (clínica)	No está cubierto	ninguna
Si necesita atención inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	20% de coseguro	20% de coseguro	ninguna
	<u>Traslado médico de emergencia</u>	20% de coseguro hasta \$500	20% de coseguro hasta \$500	No está sujeto al <u>deducible</u>
	<u>Cuidado urgente</u>	\$40 de copago por consulta	\$40 de copago por consulta	Proveedores fuera del plan: están cubiertos solamente cuando usted se encuentra fuera del área de servicio. El copago no está sujeto al <u>deducible</u>
Si lo admiten al hospital	Arancel del hospital (habitación)	20% de coseguro	No está cubierto	ninguna
	Tarifa del médico/cirujano	Consulte el arancel del hospital (habitación)	No está cubierto	ninguna
Si necesita servicios de salud mental, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$20 de copago por consulta	No está cubierto	El copago para las consultas grupales es el 50% de la consulta individual. El copago no está sujeto al <u>deducible</u>
	Servicios para pacientes internados	20% de coseguro	No está cubierto	ninguna
Si está embarazada	Visitas al consultorio	20% de coseguro	No está cubierto	Luego de la confirmación del embarazo, para la serie normal de consultas de rutina que se programan habitualmente
	Servicios profesionales para el parto			
	Servicios del centro de atención para partos			

Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte los documentos del plan o la póliza en www.kp.org/plandocuments, o llame al 1-855-249-5005 o a la línea TTY al 711.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones e información importante
		Proveedor del plan (usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera del plan (usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales	<u>Cuidado de la salud en el hogar</u>	20% de coseguro	No está cubierto	Limitado a menos de 8 horas por día y 28 horas por semana
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Servicios para pacientes internados: 20% de coseguro; servicios ambulatorios: \$20 de copago por consulta	No está cubierto	Paciente internado: las hospitalizaciones en centros multidisciplinarios se limitan a 60 días por enfermedad por año. Paciente ambulatorio: 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). El copago no está sujeto al <u>deducible</u>
	<u>Servicios de recuperación de las habilidades</u>	\$20 de copago por consulta	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). El copago no está sujeto al <u>deducible</u>
	<u>Cuidado de enfermería especializado</u>	20% de coseguro	No está cubierto	Limitado a 100 días por año
	<u>Equipo médico duradero</u>	20% de coseguro	No está cubierto	La cobertura se limita a los artículos de nuestra lista de DME. 20% de coseguro para las prótesis de brazos y piernas
	<u>Cuidado de hospicio</u>	Sin costo	No está cubierto	No está sujeto al <u>deducible</u>
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de los ojos para niños	\$20 de copago por consulta	No está cubierto	Para obtener los servicios de un oftalmólogo, vea la sección "Consulta con un especialista". El copago no está sujeto al <u>deducible</u>
	Anteojos para niños	No está cubierto	No está cubierto	ninguna
	Consulta dental para niños	No está cubierto	No está cubierto	ninguna

Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte los documentos del plan o la póliza en www.kp.org/plandocuments, o llame al 1-855-249-5005 o a la línea TTY al 711.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Los servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte la póliza y los documentos del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

<ul style="list-style-type: none">• Acupuntura• Atención domiciliaria con enfermera de custodia/ atención de largo plazo• Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.	<ul style="list-style-type: none">• Cirugía estética• Cuidado de los pies de rutina	<ul style="list-style-type: none">• Servicios dentales de rutina• Programas para perder peso
---	--	---

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan).

<ul style="list-style-type: none">• Audífonos con límites• Atención quiropráctica	<ul style="list-style-type: none">• Cirugía bariátrica• Cuidado de los ojos de rutina	<ul style="list-style-type: none">• Enfermería privada• Tratamiento para la infertilidad
--	--	---

Su derecho para continuar con la cobertura: Estas son agencias que pueden ayudarle si desea continuar con la cobertura cuando termine. La información de contacto de esas agencias es: el plan al 1-855-249-5005 o a la línea TTY al 711. 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, o al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos al 1-877-267-2323 x61565 o en www.cciio.cms.gov. Es posible que también cuente con otras opciones de cobertura, como adquirir un seguro de cobertura individual por medio del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el Mercado de Seguros Médicos, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay agencias que pueden ayudarle en caso de que tenga una queja contra el plan por la denegación de una reclamación. Esto recibe el nombre de queja o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por esa reclamación médica. Los documentos del plan también proporcionan información completa acerca de cómo presentar una reclamación, apelación o queja por cualquier motivo ante el plan. Si desea obtener más información sobre sus derechos, este aviso, o necesita ayuda comuníquese con el plan al 1-855-249-5005 o a la línea TTY al 711; 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; 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.

¿Provee Cobertura Esencial Mínima este plan? Sí.

Si usted no tiene Cobertura Esencial Mínima durante un mes, tendrá que hacer un pago cuando presente su declaración de impuestos, a menos que califique para una excepción del requisito de que usted debe tener cobertura de salud para ese mes.

¿Satisface este plan el Estándar de Valor Mínimo? Sí.

Si el plan no cumple con los Estándares de Valor Mínimo, usted podría ser elegible para un crédito tributario para el pago de primas que le ayudará a pagar un plan por medio del Mercado de Seguros Médicos.

Servicios de Acceso en Distintos Idiomas:

SPANISH (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-855-249-5005. Consulte la sección "Ayuda en su idioma" al final de este Resumen de Beneficios y Cobertura.

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

Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte los documentos del plan o la póliza en www.kp.org/plandocuments, o llame al 1-855-249-5005 o a la línea TTY al 711.

Sobre los ejemplos de cobertura:



Ésta no es una herramienta de cálculo de costos Los tratamientos que se muestran solo son ejemplos de cómo el plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes dependiendo de los servicios reales que reciba, de los precios que cobren los proveedores y muchos otros factores. Preste atención a los montos del costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y servicios excluidos del plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con un plan de salud diferente. Tome en cuenta que los ejemplos de cobertura están basados en la cobertura de usted únicamente.

Peg tendrá un bebé

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

■ Deducible general del plan	\$200
■ Especialista [costo compartido]	\$40
■ Hospital (centro) [costo compartido]	20%
■ Otro [costo compartido]	20%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:
 Visitas al consultorio de un especialista (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales para el parto
 Servicios del centro de atención para partos
 Pruebas de diagnóstico (*ultrasonidos y análisis de sangre*)
 Consultas con un especialista (*anestesia*)

Costo total del ejemplo	\$12,800
En este ejemplo, Peg pagaría:	
Costo compartido	
Deducibles	\$200
Copagos	\$40
Coseguro	\$2,500
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$2,800

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de control rutinario de la enfermedad dentro de la red)

■ Deducible general del plan	\$200
■ Especialista [costo compartido]	\$40
■ Hospital (centro) [costo compartido]	20%
■ Otro [costo compartido]	20%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:
 Visitas al consultorio con un médico de atención primaria (*incluye educación sobre las enfermedades*)
 Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)
 Medicamentos recetados
 Equipo médico duradero (*glucómetro*)

Costo total del ejemplo	\$7,400
En este ejemplo, Joe pagaría:	
Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$900
Coseguro	\$400
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Joe pagaría es	\$1,360

Fractura simple de Mia

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

■ Deducible general del plan	\$200
■ Especialista [costo compartido]	\$40
■ Hospital (centro) [costo compartido]	20%
■ Otro [costo compartido]	20%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:
 Atención en la sala de emergencias (*incluye 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:	
Costo compartido	
Deducibles	\$30
Copagos	\$100
Coseguro	\$300
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$430

El plan sería responsable de los demás costos de estos servicios cubiertos de EJEMPLO.[SBC #60202]