
 El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un plan médico. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (llamada prima) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, consulte www.kp.org/plandocuments o llame al 1-855-249-5005 (TTY: 711). Para una definición de los términos de uso común, como monto permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos delineados consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en www.HealthCare.gov/sbc-glossary o llamar al 1-855-249-5005 (TTY: 711) para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	\$1,750 por individuo / \$3,500 por familia.	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en la póliza, el <u>deducible</u> general de la familia debe cumplirse antes de que el <u>plan</u> comience a pagar.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <u>deducible</u> ?	Sí, <u>servicios preventivos</u> , determinados servicios con <u>copagos</u> , <u>medicamentos recetados</u> y servicios de cuidados paliativos.	Este <u>plan</u> cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del <u>deducible</u> . Sin embargo, es posible que se aplique un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre algunos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> y antes de que cumpla con su <u>deducible</u> . Vea una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro <u>deducible</u> por servicios específicos?	No.	No tiene que pagar un <u>deducible</u> por servicios específicos, pero consulte la tabla que empieza en la página 2 para obtener los costos de otros servicios cubiertos por el <u>plan</u> .
¿Cuál es el <u>desembolso máximo</u> de este <u>plan</u> ?	\$4,500 por individuo / \$9,000 por familia.	El <u>desembolso máximo</u> es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , se debe alcanzar el <u>desembolso máximo general</u> de la familia.
¿Qué no incluye el <u>desembolso máximo</u> ?	Las <u>primas</u> , los cargos por <u>saldo de facturación</u> y la atención médica que no cubre este <u>plan</u> .	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el <u>desembolso máximo</u> .
¿Pagará un poco menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> médica?	Sí. Vea www.kp.org o llame al 1-855-249-5005 o TTY 711 para una lista de <u>proveedores dentro del plan</u> .	Este <u>plan</u> tiene un <u>proveedor dentro de la red</u> . Usted pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red del plan</u> . Usted 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 en el costo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga (<u>facturación del saldo</u>). Tenga en mente que su <u>proveedor dentro de la red</u> podría utilizar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de obtener servicios.
¿Necesita un <u>referido</u> para ver a un <u>especialista</u> ?	No.	Puede acudir al <u>especialista</u> de su preferencia sin un <u>referido</u> .

 Todos los costos de copago y coseguro que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el deducible, si aplica un deducible.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga Proveedor del plan (Usted pagará lo mínimo)	Lo que usted paga Proveedor fuera del plan (Usted pagará lo máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si acude a la oficina o clínica de un <u>proveedor</u> de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Visita al consultorio: \$25 de <u>copago</u> por visita; 20% de <u>coseguro</u> para los servicios cubiertos recibidos durante una visita; consulta telefónica: sin cargo; consulta/conversación en línea: sin cargo; consulta por video: sin cargo	No está cubierto	El <u>copago</u> no está sujeto al <u>deducible</u>
	Visita al <u>especialista</u>	Visita al consultorio: \$50 de <u>copago</u> por visita; 20% de <u>coseguro</u> para los servicios cubiertos recibidos durante una visita; consulta telefónica: sin cargo; consulta/conversación en línea: sin cargo; consulta por video: sin cargo	No está cubierto	El <u>copago</u> no está sujeto al <u>deducible</u>
	<u>Atención preventiva/ examen colectivo/ vacuna</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 <u>preventivos</u> . Luego, consulte lo que su <u>plan</u> pagará. No está sujeto al <u>deducible</u>

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga Proveedor del plan (Usted pagará lo mínimo)	Lo que usted paga Proveedor fuera del plan (Usted pagará lo máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si se realiza un examen	<u>Prueba diagnóstica</u> (radiografía, análisis de sangre)	Radiografías: 20% de <u>coseguro</u> ; pruebas de laboratorio: sin costo	No está cubierto	Servicios de laboratorio de diagnóstico: no están sujetos al <u>deducible</u> , excepto cuando se brinden en el departamento de atención ambulatoria de un hospital; 20% de <u>coseguro</u> en el departamento de atención ambulatoria de un hospital
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección. Hay más información disponible acerca de la <u>cobertura de medicamentos con receta</u> en www.kp.org/formulary	Medicamentos genéricos	Al por menor: \$20 de <u>copago</u> ; orden por correo: \$40 de <u>copago</u>	No está cubierto	Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> ; los medicamentos de marcas no preferidas deben autorizarse mediante el proceso para medicamentos no preferidos. Según orden federal, los artículos de venta sin receta tienen cobertura con una <u>receta médica</u> cuando se surten en una farmacia de Kaiser Permanente. Para los miembros del Sur de Colorado: los medicamentos de mantenimiento deben surtirse en la farmacia de alguna de las oficinas médicas de Kaiser Permanente o por medio del servicio de orden por correo de Kaiser Permanente. Cubre hasta un suministro de 30 días (<u>receta médica</u> al por menor); un suministro de 31 a 90 días (<u>receta médica</u> ordenada por correo)
	Medicamentos de marcas preferidas	Al por menor: \$40 de <u>copago</u> ; orden por correo: \$80 de <u>copago</u>	No está cubierto	
	Medicamentos de marcas no preferidas	No está cubierto	No está cubierto	
	<u>Medicamentos especializados</u>	El costo compartido por medicamentos genéricos, de marca preferida o no pueden aplicar	No está cubierto	
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Centro de cirugía ambulatoria: \$500 de <u>copago</u> ; hospital como paciente externo: 20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	El <u>copago</u> no está sujeto al <u>deducible</u>
	Honorarios del médico/cirujano	Consulte cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	No está cubierto	El <u>copago</u> no está sujeto al <u>deducible</u>

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga Proveedor del plan (Usted pagará lo mínimo)	Lo que usted paga Proveedor fuera del plan (Usted pagará lo máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	20% de <u>coseguro</u> , hasta \$500	20% de <u>coseguro</u> , hasta \$500	No está sujeto al <u>deducible</u>
	<u>Atención de urgencia</u>	\$50 de <u>copago</u> por visita; 20% de <u>coseguro</u> para los servicios cubiertos recibidos durante una visita	\$50 de <u>copago</u> por visita; 20% de <u>coseguro</u> para los servicios cubiertos recibidos durante una visita	<u>Proveedores fuera del plan</u> : están cubiertos solamente cuando usted se encuentra fuera del área de servicio. El <u>copago</u> no está sujeto al <u>deducible</u>
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
	Honorarios del médico/cirujano	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	Visita al consultorio: \$25 de <u>copago</u> por visita; 20% de <u>coseguro</u> para los servicios cubiertos recibidos durante una visita; consulta telefónica: sin cargo; consulta/conversación en línea: sin cargo; consulta por video: sin cargo	No está cubierto	El <u>copago</u> para las visitas grupales es el 50% de la visita individual. El <u>copago</u> no está sujeto al <u>deducible</u>
	Servicios internos	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga Proveedor del plan (Usted pagará lo mínimo)	Lo que usted paga Proveedor fuera del plan (Usted pagará lo máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si está embarazada	Visitas al consultorio	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Luego de la confirmación del embarazo, para la serie normal de visitas de rutina que se programan habitualmente. Los cuidados de maternidad podrían incluir las pruebas y los servicios que se describen en otras partes del SBC (por ejemplo, ultrasonido)
	Servicios de parto profesionales			
	Servicios de instalaciones de partos profesionales			
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Servicios internos: 20% de <u>coseguro</u> ; servicios ambulatorios: \$25 de <u>copago</u> por visita	No está cubierto	Paciente interno: las hospitalizaciones en centros multidisciplinarios se limitan a 60 días por enfermedad por año. Paciente ambulatorio: las visitas ambulatorias se limitan a 60 visitas por año (los trastornos relacionados con el autismo no están sujetos al límite de visitas). El <u>copago</u> no está sujeto al <u>deducible</u>
	<u>Servicios de habilitación</u>	\$25 de <u>copago</u> por visita	No está cubierto	Las visitas ambulatorias se limitan a 20 visitas por terapia, por año (los trastornos relacionados con el autismo no están sujetos al límite de visitas)
	<u>Cuidado de enfermería especializada</u>	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Limitado a 100 días por año
	<u>Equipo médico duradero</u>	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	La cobertura se limita a los artículos de nuestra <u>lista de DME</u> . 20% de <u>coseguro</u> para las prótesis de brazos y piernas
	<u>Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</u>	Sin costo	No está cubierto	No está sujeto al <u>deducible</u>

Eventos médicos comunes	Servicios que podrá necesitar	Lo que usted paga Proveedor del plan (Usted pagará lo mínimo)	Lo que usted paga Proveedor fuera del plan (Usted pagará lo máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	\$25 de <u>copago</u> por visita; 20% de <u>coseguro</u> para los servicios cubiertos recibidos durante una visita	No está cubierto	Para obtener los servicios de un oftalmólogo, consulte la sección "Visita al <u>especialista</u> ". El copago está sujeto a deducible.
	Anteojos para niños	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna
	Chequeo dental pediátrico	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su <u>plan</u> generalmente NO cubre (consulte el documento de su <u>plan</u> o póliza para encontrar más información y una lista de otros <u>servicios excluidos</u> .)		
<ul style="list-style-type: none"> ● Acupuntura ● Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU. ● Audífonos 	<ul style="list-style-type: none"> ● Cirugía estética ● Cuidado de los pies de rutina ● Cuidados a largo plazo 	<ul style="list-style-type: none"> ● Enfermería privada ● Programas para perder peso

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su <u>plan</u> .)		
<ul style="list-style-type: none"> ● Atención quiropráctica ● Audífonos con límites 	<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

Sus derechos a continuar con su cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de esas agencias es: el plan al 1-855-249-5005 o TTY 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, extensión 61565 o en www.cciio.cms.gov. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguro Médico. Para más información acerca del Mercado, visite www.CuidadoDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por negarle una reclamación. Esta queja se llama reclamo o apelación. Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este reclamo médico. Sus documentos del plan también incluirán información completa sobre cómo presentar un reclamo, apelación o una queja a su plan por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: el plan al 1-855-249-5005 o TTY 711; con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444-EBSA (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 llame al: 303-894-7490 (dentro del estado, línea gratuita: 800-930-3745), o por correo electrónico a: insurance@dora.state.co.us.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

Si no tiene cobertura esencial mínima durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí

Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, usted podría calificar para un crédito fiscal para las primas para ayudarle a pagar un plan a través del Mercado.

Servicios lingüísticos:

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 ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.*—————

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este plan podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Preste atención a los montos del costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y a los servicios excluidos del plan. Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros planes médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada

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

■ El <u>deducible general del plan</u>	\$1,750
■ <u>Especialista [copago]</u>	\$50
■ Hospital (instalaciones) [<u>coseguro</u>]	20%
■ Otro [<u>coseguro</u>]	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al especialista (*atención prenatal*)
 Servicios de parto profesionales
 Servicios de instalaciones de partos profesionales
 Pruebas diagnósticas (*sonogramas y análisis de sangre*)
 Visita al especialista (*anestesia*)

Costo total hipotético	\$12,800
-------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$1,750
Copagos	\$40
Coseguro	\$2,000

Qué no está cubierto

Límites o exclusiones	\$60
-----------------------	------

El total que Peg pagaría es	\$3,850
------------------------------------	----------------

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

■ El <u>deducible general del plan</u>	\$1,750
■ <u>Especialista [copago]</u>	\$50
■ Hospital (instalaciones) [<u>coseguro</u>]	20%
■ Otro [<u>coseguro</u>]	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico primario (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)
 Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)
 Medicamentos por recetas
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Costo total hipotético	\$7,400
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$1,000
Coseguro	\$300

Qué 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 dentro de la red y visitas de seguimiento)

■ El <u>deducible general del plan</u>	\$1,750
■ <u>Especialista [copago]</u>	\$50
■ Hospital (instalaciones) [<u>coseguro</u>]	20%
■ Otro [<u>coseguro</u>]	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Sala de emergencias (*incluye materiales médicos*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Prueba diagnóstica (*radiografía*)
 Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

Costo total hipotético	\$1,900
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$200
Copagos	\$200
Coseguro	\$300

Qué no está cubierto

Límites o exclusiones	\$0
-----------------------	-----

El total que Mia pagaría es	\$700
------------------------------------	--------------

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

Complemento de Colorado para el formulario del Resumen de Beneficios y Cobertura

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO	Kaiser Foundation Health Plan of Colorado
NOMBRE DEL PLAN	Littleton Public Schools DHMO 1750 20%
1. Tipo de póliza	Póliza grupal para grandes empleadores
2. Tipo de plan	Organización del mantenimiento de la salud (HMO)
3. Áreas de Colorado donde el plan está disponible	<p>El plan está disponible únicamente en los siguientes condados según el código postal y la selección de área de servicio del empleador:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Para el área de servicio de Denver/Boulder: Adams, Arapahoe, Boulder, Broomfield, Clear Creek, Denver, Douglas, Elbert, Gilpin, Jefferson, Larimer, Park y Weld. 2. Para el Sur de Colorado: Crowley, Custer, Douglas, El Paso, Elbert, Fremont, Huerfano, Las Animas, Lincoln, Otero, Park, Pueblo y Teller. 3. Para el Sur de Colorado Plan KP Select: Douglas, El Paso, Elbert, Fremont, Lincoln, Park, Pueblo y Teller. 4. Para el Norte de Colorado: Adams, Larimer, Morgan y Weld. 5. Para el área montañosa de Colorado: Eagle, Garfield, Grand, Routt y Summit.

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE LOS BENEFICIOS

Nota importante: El contenido de este formulario está sujeto a las disposiciones de la póliza, la cual contiene todos los términos, cláusulas y condiciones de cobertura. Brinda información adicional destinada a complementar el Resumen de Beneficios y Cobertura que recibió para este plan. Este plan podría excluir la cobertura de determinados tratamientos, diagnósticos o servicios que no se mencionan específicamente. Consulte la póliza real para determinar los términos y las condiciones de cobertura exactos.

	Descripción
4. Tipo de deducible anual	<p>DEDUCIBLE INTEGRADO</p> <p>INDIVIDUAL: Es el monto que cada miembro de la familia debe alcanzar antes de que se paguen las reclamaciones. No se pagarán las reclamaciones por cualquier otro individuo hasta que el deducible individual o el deducible familiar se alcancen.</p> <p>FAMILIAR: Es la cantidad máxima que la familia pagará durante el año. 2 o más individuos pueden alcanzar el deducible familiar.</p>
5. Máximo de gastos del bolsillo	<p>GASTOS DEL BOLSILLO INTEGRADOS</p> <p>INDIVIDUAL: Es el monto que cada miembro de la familia debe alcanzar antes de que se pague el 100% de</p>

	<p>las reclamaciones. No se pagará el 100% de las reclamaciones por cualquier otro individuo hasta que se alcancen los gastos del bolsillo individuales o los gastos del bolsillo familiares.</p> <p>FAMILIAR: Es la cantidad máxima que la familia pagará durante el año. 2 o más individuos pueden alcanzar los gastos del bolsillo familiares.</p>
6. ¿Qué está incluido en el máximo de gastos del bolsillo de la red?	Deducibles, coseguro y copagos para los beneficios de salud esenciales.
7. ¿Los servicios dentales pediátricos están cubiertos por el plan?	No.
8. ¿Qué exámenes de detección de cáncer están cubiertos?	Cáncer de seno (examen clínico del seno, mamografía, prueba genética de susceptibilidad hereditaria de padecer cáncer de seno); cáncer de colon y de recto (prueba de sangre oculta en materia fecal [FIT], sigmoidoscopia flexible, enema de bario, colonoscopia); cáncer de cuello uterino (Papanicolaou); cáncer de próstata (examen digital del recto, antígeno prostático específico sérico [PSA]).

USO DEL PLAN

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
8. Si el proveedor cobra por un servicio cubierto más de lo que el plan paga normalmente, ¿el afiliado debe pagar la diferencia?	No.	Sí, los miembros son responsables de cualquier cantidad que exceda los cargos regulares, razonables y habituales cuando reciban servicios de emergencia y atención que no sea de emergencia ni de rutina.
9. ¿El plan tiene una cláusula de arbitraje obligatorio?	Sí.	

Preguntas: Llame al 1-855-249-5005 (línea TTY 711) o visítenos en www.kp.org.

SPANISH (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-855-249-5005 or TTY/TDD Colorado Springs: 1-800-521-4874
Denver/Boulder: 1-303-338-3820.

Si no está satisfecho con la resolución de su reclamación o queja, comuníquese a:

Colorado Division of Insurance
Consumer Services, Life and Health Section
1560 Broadway, Suite 850, Denver, CO 80202
Teléfono: 303-894-7490
(dentro del estado, línea gratuita: 800-930-3745)

Correo electrónico: dora_insurance@state.co.us