
 El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, consulte [www.kp.org/plandocuments](http://www.kp.org/plandocuments) o llame al 1-855-249-5005 (TTY: 711). Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en [www.healthcare.gov/sbc-glossary](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary) o llamar al 1-855-249-5005 (TTY: 711) para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deducible total</u> ?	\$1,750 por individuo/\$3,500 por familia	En general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta la cantidad <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si usted tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada uno debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que la cantidad total de gastos de <u>deducible</u> que pagan todos los miembros alcance el <u>deducible</u> total de la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí. <u>Servicios preventivos</u> , ciertos servicios con copagos, medicamentos con receta médica y programas de cuidados paliativos.	Este <u>plan</u> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <u>deducible</u> . Sin embargo, se podría aplicar un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en <a href="https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No debe pagar <u>deducibles</u> por servicios específicos, pero consulte la tabla que comienza en la página 2 para conocer otros costos de los servicios que cubre este plan.
¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	\$4,500 por individuo/ \$9,000 por familia	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que puede pagar en un año por 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 de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> general de la familia.
¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	Las <u>primas</u> , los costos de <u>facturación de saldo</u> y la atención médica que no cubre este <u>plan</u> .	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Consulte <a href="http://www.kp.org">www.kp.org</a> o llame al 1-855-249-5005 (TTY: 711) para obtener una lista de proveedores del plan.	Este <u>plan</u> utiliza una red de <u>proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> que esté incluido en la <u>red</u> del plan. 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 entre el cargo del proveedor y lo que su <u>plan</u> paga ( <u>facturación de saldo</u> ). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Necesita una <u>derivación</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ?	Si, pero puede autoderivarse a cierto <u>especialista</u> .	Este <u>plan</u> pagará algunos o todos los costos para ver a un <u>especialista</u> por servicios cubiertos, pero solo si tiene una <u>derivación</u> antes de ver al <u>especialista</u> .

 Todos los copagos y el coseguro que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su deducible, si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor del plan (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera del plan (Usted pagará el máximo)	
<b>Si acude al consultorio o clínica del <u>proveedor</u></b>	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	Visita al consultorio \$25 de <u>copago</u> por visita. 20% de <u>coseguro</u> para otros servicios cubiertos que se reciban durante una visita Visita telefónica: Sin costo Chat o visita en línea: Sin costo Visita por video: Sin costo	No está cubierto	Copago no sujeto al <u>deducible</u> .
	Consulta con un <u>especialista</u>	Visita al consultorio \$50 de <u>copago</u> por visita. 20% de <u>coseguro</u> para otros servicios cubiertos que se reciban durante una visita Visita telefónica: Sin costo Chat o visita en línea: Sin costo Visita por video: Sin costo	No está cubierto	Copago no sujeto al <u>deducible</u> .
	<u>Atención preventiva/ evaluación/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 sujeto al <u>deducible</u> .

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor del plan (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera del plan (Usted pagará el máximo)	
<b>Si se realiza un examen</b>	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	Radiografías: 20% de <u>coseguro</u> Laboratorio: Sin costo	No está cubierto	Servicios de laboratorio de diagnóstico: no sujeto al <u>deducible</u> excepto cuando se proporcionan en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital. 20% de coseguro en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	20% de coseguro	No está cubierto	Ninguna

Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en [www.kp.org/plandocuments](http://www.kp.org/plandocuments) llame al 1-855-249-5005 (TTY: 711).

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor del plan (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera del plan (Usted pagará el máximo)	
<b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b> Hay más información disponible sobre la <b><u>cobertura de medicamentos con receta médica</u></b> en <a href="http://www.kp.org/formulary">www.kp.org/formulary</a>	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 artículos de venta sin receta médica establecidos bajo las normas federales están cubiertos con una receta médica cuando se surten en una farmacia de Kaiser Permanente. Las recetas médicas indicadas para los medicamentos de mantenimiento deben surtirse en una farmacia de un consultorio de Kaiser Permanente o a través de la orden por correo de Kaiser Permanente. Cubre hasta un suministro de 30 días en recetas médicas al por menor o un suministro de 31 a 90 días en recetas médicas con orden por correo.
	Medicamentos de marca preferidos	Al por menor: \$40 de <u>copago</u> Orden por correo: \$80 de <u>copago</u>	No está cubierto	Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> . Hasta un suministro de 30 días al por menor o un suministro de 90 días en orden por correo.
	Medicamentos no preferidos	Al por menor: \$60 de <u>copago</u> Orden por correo: \$120 de <u>copago</u>	No está cubierto	Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> . Los medicamentos de marca no preferidos deben autorizarse mediante el proceso de medicamentos no preferidos. Hasta un suministro de 30 días al por menor o un suministro de 90 días en orden por correo.
	<u>Medicamentos de especialidad</u>	Se aplican los costos compartidos correspondientes de los medicamentos genéricos, de marca preferidos o no preferidos.	No está cubierto	Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> cuando estén aprobados mediante el proceso de excepciones. Hasta un suministro de 30 días al por menor.

Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en [www.kp.org/plandocuments](http://www.kp.org/plandocuments)  
 llame al 1-855-249-5005 (TTY: 711).

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor del plan (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera del plan (Usted pagará el máximo)	
<b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Centro de cirugía ambulatoria: \$500 de copago Hospital de pacientes ambulatorios: 20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Copago no sujeto al <u>deducible</u> .
	Tarifas del médico/cirujano	Consulte la tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	No está cubierto	Copago no sujeto al <u>deducible</u> .
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<u>Atención en la Sala de Emergencias</u>	20% de coseguro	20% de coseguro	Ninguna
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	20% de coseguro hasta \$500	20% de coseguro hasta \$500	No sujeto al <u>deducible</u> .
	<u>Atención de urgencia</u>	\$50 de <u>copago</u> por visita	\$50 de <u>copago</u> por visita	Proveedores fuera del plan: están cubiertos únicamente cuando usted se encuentra fuera del área de servicio. Copago no sujeto al <u>deducible</u> .
<b>Si necesita hospitalización</b>	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	20% de coseguro	No está cubierto	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano	20% de coseguro	No está cubierto	Ninguna
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes ambulatorios	Visita al consultorio \$25 de <u>copago</u> por visita. 20% de <u>coseguro</u> para otros servicios cubiertos que se reciban durante una visita Visita telefónica: Sin costo Chat o visita en línea: Sin costo Visita por video: Sin costo	No está cubierto	Visita grupal: 50% de copago de la visita individual. <u>Copago</u> no sujeto al <u>deducible</u> .
	Servicios para pacientes hospitalizados	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna

Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en [www.kp.org/plandocuments](http://www.kp.org/plandocuments)  
 llame al 1-855-249-5005 (TTY: 711).

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor del plan (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera del plan (Usted pagará el máximo)	
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Luego de la confirmación del embarazo, para la serie habitual de visitas de rutina programadas en forma regular. Los cuidados de maternidad podrían incluir los exámenes y servicios que se describen en otras partes del SBC (por ejemplo, ecografía).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna

Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en [www.kp.org/plandocuments](http://www.kp.org/plandocuments) llame al 1-855-249-5005 (TTY: 711).

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor del plan (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera del plan (Usted pagará el máximo)	
<b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b>	Atención médica en el hogar	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Hasta un máximo de menos de 8 horas por día y 28 horas por semana.
	Servicios de rehabilitación	Servicios para pacientes hospitalizados: 20% de <u>coseguro</u> Servicios para pacientes ambulatorios: \$25 de <u>copago</u> por visita	No está cubierto	Paciente hospitalizado: En un centro multidisciplinario, límite de 60 días por afección por año. Paciente ambulatorio: Límite de 60 visitas por terapia por año (los servicios de rehabilitación para los trastornos del espectro autista no están sujetos al límite de visitas). <u>Copago</u> no sujeto al <u>deducible</u> .
	<u>Servicios de habilitación</u>	\$25 de <u>copago</u> por visita	No está cubierto	Paciente ambulatorio: Límite de 60 visitas por terapia por año (los servicios de habilitación para los trastornos del espectro autista no están sujetos al límite de visitas). <u>Copago</u> no sujeto al <u>deducible</u> .
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Hasta 100 días por año.
	<u>Equipo médico duradero</u>	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	La cobertura se limita a los artículos que se encuentren en nuestra lista de equipo médico duradero (DME). Brazos y piernas protésicos con el 20% de coseguro. No sujeto al <u>deducible</u> .
	<u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u>	Sin costo	No está cubierto	No sujeto al <u>deducible</u> .
<b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>	Examen de la vista para niños	\$25 de <u>copago</u> por visita. 20% de <u>coseguro</u> para otros servicios cubiertos que se reciban durante una visita	No está cubierto	Para obtener información sobre los servicios de un oftalmólogo, vaya a "Consulta con un especialista". <u>Copago</u> no sujeto al <u>deducible</u> .
	Anteojos para niños	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna
	Control dental para niños	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna

Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en [www.kp.org/plandocuments](http://www.kp.org/plandocuments)  
 llame al 1-855-249-5005 (TTY: 711).

## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

**Servicios que su Plan, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).**

- Acupuntura
- Cirugía estética
- Audífonos con límites (adultos)
- Atención domiciliaria a largo plazo y de custodia
- Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Servicios dentales de rutina
- Cuidado de los pies de rutina
- Programas para perder peso

**Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).**

- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica
- Audífonos con límites
- Tratamiento para la infertilidad
- Enfermería privada
- Cuidado de los ojos de rutina

**Su derecho a continuar con la cobertura:** Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos se muestra en la siguiente tabla. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el Mercado, visite [www.CuidadoDeSalud.gov](http://www.CuidadoDeSalud.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Su derecho a presentar una queja o una apelación:** Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por la denegación de una reclamación. Esta queja se denomina queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha reclamación médica. Los documentos de su plan también dan toda la información para presentar una reclamación, una apelación o una queja formal por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con los organismos que aparecen en la siguiente tabla.

## Información de contacto para obtener información sobre sus derechos a continuar con su cobertura y sus derechos a presentar quejas o apelaciones:

Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente	1-855-249-5005 (TTY: 711) o <a href="http://www.kp.org/memberservices">www.kp.org/memberservices</a>
Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos	1-866-444-3272 o <a href="http://www.dol.gov/ebsa/healthreform">www.dol.gov/ebsa/healthreform</a>
Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros	1-877-267-2323 extensión 61565 o <a href="http://www.cciio.cms.gov">www.cciio.cms.gov</a>
División de Seguros de Colorado	303-894-7490 (dentro del estado, línea telefónica gratuita: 800-930-3745) o <a href="mailto:insurance@dora.state.co.us">insurance@dora.state.co.us</a>

Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en [www.kp.org/plandocuments](http://www.kp.org/plandocuments) llame al 1-855-249-5005 (TTY: 711).



### ¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles a través del Mercado u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de cobertura esencial mínima, tal vez no sea elegible para el crédito fiscal para primas del plan.

### ¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí.

Si su plan no cumple con el valor mínimo estándar, es posible que cumpla con los requisitos para recibir un crédito fiscal para primas del plan que lo ayudará a pagar un plan en el Mercado.

### Servicio de acceso a idiomas:

[Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-855-249-5005 (TTY: 711).]

[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-855-249-5005 (TTY: 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: 711).]

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-855-249-5005 (TTY: 711).]

*Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, 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 puede este plan cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus proveedores cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos por el plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos planes médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

**Peg va a tener un bebé**

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

- El deducible general del plan \$1,750
- Copago para el especialista \$50
- Coseguro del hospital (establecimiento) 20%
- Otro coseguro 20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:  
 Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)  
 Servicios profesionales para el nacimiento y el parto  
 Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto  
Exámenes de diagnóstico (*ecografías y análisis de sangre*)  
 Consulta con un especialista (*anestesia*)

**Costo total del ejemplo \$12,700**

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$1,750
<u>Copagos</u>	\$10
de <u>coseguro</u>	\$1,900
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$3,720</b>

**Control de la diabetes tipo 2 de Joe**

(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

- El deducible general del plan \$1,750
- Copago para el especialista \$50
- Coseguro del hospital (establecimiento) 20%
- Otro coseguro 20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:  
 Visitas en el consultorio del médico de atención primaria (*incluye la educación sobre enfermedades*)  
Exámenes de diagnóstico (*análisis de sangre*)  
Medicamentos con receta médica  
Equipo médico duradero (*glucómetro*)

**Costo total del ejemplo \$5,600**

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$700
<u>Coseguro</u>	\$200
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$900</b>

**Fractura simple de Mía**

(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- El deducible general del plan \$1,750
- Copago para el especialista \$50
- Coseguro del hospital (establecimiento) 20%
- Otro coseguro 20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:  
 Atención en la Sala de Emergencias (*incluye suministros médicos*)  
Exámenes de diagnóstico (*radiografías*)  
Equipo médico duradero (*muletas*)  
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

**Costo total del ejemplo \$2,800**

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$1,100
<u>Copagos</u>	\$100
de <u>coseguro</u>	\$200
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$1,400</b>

El plan sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.  
 SBC #65921