



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 o llame al 1-800-278-3296 (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 <https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/Spanish-Uniform-Glossary-05-2020-508.pdf> o llamar al 1-800-278-3296 (TTY: 711) para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deducible</u> total?	\$1,000 por individuo/\$2,000 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 el monto total de los gastos del <u>deducible</u> que pagaron todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> general de la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí. La atención <u>preventiva</u> y los servicios que se indican en la tabla que comienza en la página 2.	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> .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No debe pagar <u>deducibles</u> por servicios específicos.
¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	\$3,500 por individuo/\$7,000 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> y los servicios de atención médica que no cubre este <u>plan</u> se indican en la tabla que comienza en la página 2.	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. Para obtener una lista de <u>proveedores</u> de la <u>red</u> , visite www.kp.org o llame al 1-800-278-3296 (TTY: 711).	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> que esté incluido en la <u>red</u> del <u>plan</u> . 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 <u>proveedor</u> 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.
¿Necesita una <u>derivación</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ?	Sí, pero puede autoderivarse a ciertos <u>especialistas</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 Proveedor del plan (Usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará Proveedor fuera del plan (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$30 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica.	No está cubierto	Ninguna
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$30 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica.	No está cubierto	Ninguna
	<u>Atención preventiva/ evaluación/vacunas</u>	Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica.	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.
Si se realiza un examen	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	\$10 por sesión	No está cubierto	Ninguna
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	\$50 por procedimiento	No está cubierto	Ninguna
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica Hay más información disponible sobre la <u>cobertura de medicamentos con receta médica</u> en www.kp.org/formulary	Medicamentos genéricos (nivel 1)	\$10 por <u>receta médica</u> (al por menor) \$20 por <u>receta médica</u> (orden por correo), el <u>deducible</u> no se aplica.	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días al por menor o un suministro de 100 días en orden por correo. Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> . No se aplica al <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
	Medicamentos de marca preferidos (nivel 2)	\$30 por <u>receta médica</u> (al por menor) \$60 por <u>receta médica</u> (orden por correo), el <u>deducible</u> no se aplica.	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días al por menor o un suministro de 100 días en orden por correo. Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> . No se aplica al <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
	Medicamentos de marca no preferidos (nivel 2)	\$30 por <u>receta médica</u> (al por menor) \$60 por <u>receta médica</u> (orden por correo), el <u>deducible</u> no se aplica.	No está cubierto	El <u>costo compartido</u> para medicamentos de marca no preferidos de este plan se alinea con el <u>costo compartido</u> para medicamentos de marca preferidos (nivel 2) cuando esté aprobado mediante el proceso de excepciones de la <u>lista de medicamentos</u> .
	<u>Medicamentos de especialidad</u> (nivel 4)	\$30 por <u>receta médica</u> (al por menor), el <u>deducible</u> no se aplica.	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días (al por menor). Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> . No se aplica al <u>límite de gastos de bolsillo</u> .

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor del plan (Usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará Proveedor fuera del plan (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$250 por procedimiento	No está cubierto	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano	No se aplica	No está cubierto	La tarifa del médico/cirujano está incluida en la tarifa del centro.
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la Sala de Emergencias</u>	\$100 por visita	\$100 por visita	No se aplica el <u>copago</u> si ingresó al hospital como paciente hospitalizado.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	\$75 por viaje	\$75 por viaje	Ninguna
	<u>Atención de urgencia</u>	\$30 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica.	No está cubierto	Los <u>proveedores fuera del plan</u> están cubiertos cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio: \$30 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$500 por día	No está cubierto	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano	No se aplica	No está cubierto	La tarifa del médico/cirujano está incluida en la tarifa del centro.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Salud mental y conductual: \$30 por visita individual, el <u>deducible</u> no se aplica. Los demás servicios para pacientes ambulatorios no tienen costo. Abuso de sustancias: \$30 por visita individual, el <u>deducible</u> no se aplica. \$5 por día para otros servicios para pacientes ambulatorios, el <u>deducible</u> no se aplica.	No está cubierto	Salud mental y conductual: \$15 por visita grupal, el <u>deducible</u> no se aplica. Abuso de sustancias: \$5 por visita grupal, el <u>deducible</u> no se aplica.
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$500 por día	No está cubierto	Ninguna

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor del plan (Usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará Proveedor fuera del plan (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica.	No está cubierto	Se pueden aplicar <u>copagos</u> , <u>coseguros</u> o <u>deducibles</u> según el tipo de servicio. 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	No se aplica	No está cubierto	Los servicios profesionales están incluidos en la tarifa del centro.
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	\$500 por día	No está cubierto	Ninguna
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Atención médica en el hogar</u>	Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica.	No está cubierto	Hasta 2 horas por visita, hasta 3 visitas al día, hasta 100 visitas por año.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Paciente ambulatorio: \$30 por visita Paciente hospitalizado: \$500 por día	No está cubierto	Ninguna
	<u>Servicios de habilitación</u>	Paciente ambulatorio: \$30 por visita Paciente hospitalizado: \$500 por día	No está cubierto	Ninguna
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	\$50 por día	No está cubierto	Límite de 60 días por periodo de beneficios.
	<u>Equipo médico duradero</u>	30% de <u>coseguro</u> , el <u>deducible</u> no se aplica.	No está cubierto	Se requiere autorización previa. No se aplica al <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
	<u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u>	Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica.	No está cubierto	Ninguna
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	El examen de refracción no tiene costo, el <u>deducible</u> no se aplica.	No está cubierto	Ninguna
	Anteojos para niños	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna
	Control dental para niños	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna

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).

- | | | |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Anteojos para niños • Cirugía estética • Atención dental (adultos y niños) • Audífonos | <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados a largo plazo • Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU. | <ul style="list-style-type: none"> • Enfermería privada • 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).

- Acupuntura (se limita a 20 visitas por año combinadas con atención quiropráctica)
- Atención quiropráctica (se limita a 20 visitas por año combinadas con acupuntura)
- Cuidado de los ojos de rutina (adultos)
- Cirugía bariátrica
- Tratamiento para la infertilidad

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 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	1-800-278-3296 (TTY: 711) o www.kp.org/memberservices
Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos	1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa/healthreform
Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros	1-877-267-2323 extensión 61565 o www.cciio.cms.gov
Departamento de Seguros de California	1-800-927-4357 o www.insurance.ca.gov
Departamento de Atención Médica Administrada de California	1-888-466-2219 o www.dmhc.ca.gov

¿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 1-800-788-0616 (TTY: 711)


[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-278-3296 (TTY: 711).

[Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-757-7585 (TTY: 711)

[Navajo (Dine): Dinekehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-278-3296 (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

\$1,000

■ Copago para el especialista

\$30

■ Copago del hospital (establecimiento)

\$500

■ Otro copago (análisis de sangre)

\$10

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:	
Costos compartidos	
<u>Deducibles</u>	\$1,000
<u>Copagos</u>	\$600
<u>Coseguro</u>	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$50
El total que Peg pagaría es	\$1,650

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

\$1,000

■ Copago para el especialista

\$30

■ Copago del hospital (establecimiento)

\$500

■ Otro copago (análisis de sangre)

\$10

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:	
Costos compartidos	
<u>Deducibles</u>	\$90
<u>Copagos</u>	\$600
<u>Coseguro</u>	\$200
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$890

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

■ El deducible general del plan

\$1,000

■ Copago para el especialista

\$30

■ Copago del hospital (establecimiento)

\$500

■ Otro copago (radiografía)

\$10

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:	
Costos compartidos	
<u>Deducibles</u>	\$1,000
<u>Copagos</u>	\$300
<u>Coseguro</u>	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,300

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