



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 <https://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 <https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/Spanish-Uniform-Glossary-05-2020-508.pdf> 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> ? | \$7,000 por individuo/\$14,000 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 <u>atención 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> . 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 https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ . |
| ¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos? | Sí. \$50 por individuo para servicios dentales para niños en la <u>red</u> . No hay otros <u>deducibles</u> específicos. | Debe pagar todos los costos de estos servicios hasta la cantidad específica de <u>deducible</u> , antes de que este <u>plan</u> comience a pagar estos servicios. |
| ¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ? | \$9,450 por individuo/\$18,900 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> , la atención médica que no cubre este <u>plan</u> y los servicios que 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 de la red</u> , visite www.kp.org o llame al 1-855-249-5005 (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 plan. Pagará más si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , además 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. |
| ¿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 | \$60 la primera visita, el <u>deducible</u> no se aplica. Visitas adicionales: 40% de <u>coseguro</u> . | No está cubierto | La primera visita puede ser cualquier combinación de atención primaria, exámenes de la vista y otras visitas que reúnan los requisitos. Servicios de atención virtual: sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica. |
| | Consulta con un <u>especialista</u> | 40% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Servicios de atención virtual: sin costo |
| | <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) | 40% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Servicios de diagnóstico de laboratorio: 40% de <u>coseguro</u> en el departamento para pacientes ambulatorios del hospital. |
| | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | 40% de <u>coseguro</u> | 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 |
|---|---|---|---|---|
| <p>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 http://www.kp.org/formulary</p> | Medicamentos genéricos | Al por menor: \$30 por <u>receta médica</u> ; orden por correo: \$60 por <u>receta médica</u> , el <u>deducible</u> no se aplica. | No está cubierto | Hasta un suministro de 30 días al por menor o hasta un suministro de 90 días en orden por correo. Las <u>recetas médicas</u> para el reabastecimiento de medicamentos de mantenimiento permanentes deben abastecerse en una farmacia de Kaiser Permanente. Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> . Los medicamentos <u>preventivos</u> de la <u>lista de medicamentos</u> no tienen costo, el <u>deducible</u> no se aplica. |
| | Medicamentos de marca preferidos | Al por menor: \$225 por <u>receta médica</u> ; orden por correo: \$450 por <u>receta médica</u> , el <u>deducible</u> no se aplica. | No está cubierto | Hasta un suministro de 30 días al por menor o hasta un suministro de 90 días en orden por correo. Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> . |
| | Medicamentos no preferidos | Al por menor: \$525 por <u>receta médica</u> ; orden por correo: \$1,050 por <u>receta médica</u> , el <u>deducible</u> no se aplica. | No está cubierto | Hasta un suministro de 30 días al por menor o hasta un suministro de 90 días en orden por correo. Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> cuando estén aprobados mediante el proceso de excepciones. |
| | <u>Medicamentos de especialidad</u> | Al por menor: \$600 por <u>receta médica</u> , 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> cuando estén aprobados mediante el proceso de excepciones. |
| <p>Si le hacen una cirugía ambulatoria</p> | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | Centro de cirugía ambulatoria: 30% de <u>coseguro</u> . hospital para pacientes ambulatorios: 40% de <u>coseguro</u> . | No está cubierto | Ninguna |
| | Tarifas del médico/cirujano | Centro de cirugía ambulatoria: 30% de <u>coseguro</u> . hospital para pacientes ambulatorios: 40% de <u>coseguro</u> . | 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 necesita atención médica inmediata | <u>Atención en la Sala de Emergencias</u> | 40% de <u>coseguro</u> | 40% de <u>coseguro</u> | Ninguna |
| | <u>Transporte médico de emergencia</u> | 40% de <u>coseguro</u> | 40% de <u>coseguro</u> | Ninguna |
| | <u>Atención de urgencia</u> | \$150 por visita las primeras 2 visitas, el <u>deducible</u> no se aplica. Visitas adicionales: 40% de <u>coseguro</u> . | \$150 por visita las primeras 2 visitas, el <u>deducible</u> no se aplica. Visitas adicionales: 40% de <u>coseguro</u> . | Los <u>proveedores fuera del plan</u> no están cubiertos dentro del área de servicio. |
| Si necesita hospitalización | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital) | 40% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Ninguna |
| | Tarifas del médico/cirujano | 40% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Ninguna |
| Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias | Servicios para pacientes ambulatorios | Sin costo por visita individual, el <u>deducible</u> no se aplica. | No está cubierto | Visita grupal: Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica. Visita anual de bienestar y servicios de atención virtual: Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica. |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | 40% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Ninguna |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | 40% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Los <u>costos compartidos</u> no se aplican para los <u>servicios preventivos</u> . 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 | 40% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Ninguna |
| | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto | 40% de <u>coseguro</u> | 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 necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud | <u>Atención médica en el hogar</u> | 40% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Límite de 8 horas por día y de 28 horas por semana. |
| | <u>Servicios de rehabilitación</u> | Servicios para pacientes ambulatorios: 40% de <u>coseguro</u> , el <u>deducible</u> no se aplica. Servicios para pacientes hospitalizados: 40% de <u>coseguro</u> . | No está cubierto | Paciente ambulatorio: límite de 20 visitas por terapia por año (los servicios para trastornos del espectro autista no están sujetos al límite de visitas). Servicios para trastornos del espectro autista: sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica. Servicios de atención virtual: sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica. Paciente hospitalizado: límite de 60 días por condición por año. |
| | <u>Servicios de habilitación</u> | Servicios para pacientes ambulatorios: 40% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Límite de 20 visitas por terapia por año (los servicios para trastornos del espectro autista no están sujetos al límite de visitas). Servicios para trastornos del espectro autista: sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica. Servicios de atención virtual: sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica. |
| | <u>Atención de enfermería especializada</u> | 40% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Límite de 100 consultas por año. |
| | <u>Equipo médico duradero</u> | 40% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</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 | \$60 la primera visita, el <u>deducible</u> no se aplica. Visitas adicionales: 40% de <u>coseguro</u> . | No está cubierto | Se limita a los niños hasta que finaliza el año en que cumplen 19 años. La primera visita puede ser cualquier combinación de atención primaria, exámenes de la vista y otras visitas que reúnan los requisitos. |
| | Anteojos para niños | 50% de <u>coseguro</u> , el <u>deducible</u> no se aplica | No está cubierto | Se limita a los niños hasta que finaliza el año en que cumplen 19 años. Un par de armazones y lentes, o lentes de contacto cada 24 meses. |
| | Control dental para niños | Sin costo para la atención <u>preventiva</u> y los servicios de diagnóstico después del <u>deducible</u> por gastos de servicios dentales para niños. 50% de <u>coseguro</u> para servicios básicos y complejos después del <u>deducible</u> por gastos de servicios dentales para niños. | No está cubierto | Se limita a los niños hasta que finaliza el mes en que cumplen 19 años; cobertura limitada para <u>servicios preventivos</u> y de diagnóstico, servicios restaurativos menores (empastes), extracciones simples y coronas. |

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- Cirugía estética
- Audífonos (adultos)
- Cuidados a largo plazo
- Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- 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 10 visitas por año; solo proveedores del plan)
- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica (se limita a 20 visitas por año)
- Atención dental (adultos)
- Audífonos (hasta los 18 años)
- Tratamiento para la infertilidad
- Enfermería privada (para pacientes hospitalizados)
- Cuidado de los ojos de rutina (adultos)

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 | 1-855-249-5005 (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 |
| División de Seguros de Colorado | 303-894-7490 (sin costo dentro del estado: 800-930-3745) o insurance@dora.state.co.us |

¿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, kwiiijigo 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 \$7,000
- Coseguro para el especialista 40%
- Coseguro del hospital (establecimiento) 40%
- Otro coseguro 40%

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*)

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 \$7,000
- Coseguro para el especialista 40%
- Coseguro del hospital (establecimiento) 40%
- Otro coseguro 40%

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*)

Fractura simple de Mia

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

- El deducible general del plan \$7,000
- Coseguro para el especialista 40%
- Coseguro del hospital (establecimiento) 40%
- Otro coseguro 40%

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 | \$12,700 |
| En este ejemplo, Peg pagaría: | |
| <i>Costos compartidos</i> | |
| <u>Deducibles</u> | \$7,000 |
| <u>Copagos</u> | \$10 |
| <u>Coseguro</u> | \$2,100 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| El total que Peg pagaría es | \$9,170 |

| | |
|--------------------------------------|----------------|
| Costo total del ejemplo | \$5,600 |
| En este ejemplo, Joe pagaría: | |
| <i>Costos compartidos</i> | |
| <u>Deducibles</u> | \$400 |
| <u>Copagos</u> | \$1,500 |
| <u>Coseguro</u> | \$200 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Joe pagaría es | \$2,100 |

| | |
|--------------------------------------|----------------|
| Costo total del ejemplo | \$2,800 |
| En este ejemplo, Mia pagaría: | |
| <i>Costos compartidos</i> | |
| <u>Deducibles</u> | \$2,200 |
| <u>Copagos</u> | \$10 |
| <u>Coseguro</u> | \$200 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Mia pagaría es | \$2,410 |

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

Esta página se dejó intencionalmente en blanco.

Suplemento para Colorado del formulario del Resumen de beneficios y cobertura

| | |
|---|---|
| NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS | Kaiser Foundation Health Plan of Colorado |
| NOMBRE DEL PLAN | KP Select CO Bronze 7000/60 RX Copay |
| 1. Tipo de póliza | Póliza de grupo para pequeños empleadores |
| 2. Tipo de plan | Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) |
| 3. Áreas de Colorado en las que el plan está disponible. | El plan solo se encuentra disponible en los siguientes condados: Adams, Arapahoe, Boulder, Broomfield, Clear Creek, Denver, Douglas, El Paso/Elbert, Fremont, Gilpin, Jefferson, Larimer, Park, Pueblo, Teller y Weld. Plan KP Select: El Paso y Teller |

INFORMACIÓN SUPLEMENTARIA SOBRE LOS BENEFICIOS

Importante: El contenido de este formulario está sujeto a las disposiciones de la póliza, la cual contiene todos los términos, convenios y condiciones de cobertura. Proporciona información adicional con el propósito de complementar el Resumen de beneficios y cobertura que recibió para este plan. El plan podría excluir la cobertura de ciertos tratamientos, diagnósticos o servicios que no se mencionan específicamente. Consulte la póliza para determinar los términos y las condiciones exactos de la cobertura.

A TRAVÉS DEL PRESENTE DOCUMENTO, SE INFORMA A LOS TITULARES DE PÓLIZAS, A LOS TITULARES DE CERTIFICADOS Y A LOS MIEMBROS INTERESADOS QUE ESTA PÓLIZA PARA GRUPOS PEQUEÑOS EXIGE A LOS ASEGURADOS VIAJAR FUERA DEL ÁREA GEOGRÁFICA PARA RECIBIR LOS BENEFICIOS DE SALUD CUBIERTOS.

Esto significa que si usted vive o trabaja fuera del área de servicio donde está disponible este plan, deberá viajar a esta área de servicio para recibir los servicios cubiertos que no sean de emergencia ni de urgencia.

| | 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. Las reclamaciones de cualquier individuo no se pagarán hasta que se alcance su deducible individual o el deducible familiar.</p> <p>FAMILIAR: Es el monto máximo que la familia pagará durante el año. Dos (2) o más individuos pueden alcanzar el deducible familiar.</p> |
| 5. Gastos máximos de bolsillo | <p>GASTOS DE BOLSILLO INTEGRADOS</p> <p>INDIVIDUAL: Es el monto que cada miembro de la familia debe alcanzar antes de que se paguen las reclamaciones al 100%. Las reclamaciones de cualquier individuo no se pagarán al 100% hasta que se alcancen sus gastos de bolsillo individuales o los gastos de bolsillo familiares.</p> <p>FAMILIAR: Es el monto máximo que la familia pagará durante el año. Dos o más individuos pueden alcanzar los gastos de bolsillo familiares.</p> |

| | |
|--|--|
| 6. ¿Qué es lo que está incluido en los gastos máximos de bolsillo de la red? | Deducibles, coseguro y copagos. |
| 7. ¿Los servicios dentales para niños están cubiertos por el plan? | Sí, debe pagarse un deducible aparte de \$50 por los servicios dentales para niños. |
| 8. ¿Qué exámenes de detección de cáncer están cubiertos? | Cáncer de seno (examen clínico de los senos, mamografía o diagnóstico por imágenes, prueba genética de susceptibilidad de desarrollar cáncer de seno); cáncer colorrectal (prueba de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible, enema de bario, colonoscopia); cáncer cervicouterino (Papanicolaou); cáncer de próstata (examen digital del recto, antígeno prostático específico sérico). |

USO DEL PLAN

| | DENTRO DE LA RED | FUERA DE LA RED |
|---|------------------|--|
| 9. Si el proveedor cobra más por un servicio cubierto de lo que el plan paga normalmente, ¿el miembro debe pagar la diferencia? | No. | Sí, es posible que los miembros deban pagar montos que excedan los cargos elegibles, excepto cuando se reciban servicios de emergencia en un centro fuera del plan o por parte de un proveedor que no pertenece al plan en un centro del plan. |
| 10. ¿El plan tiene una cláusula de arbitraje vinculante? | No. | |

Preguntas: Llame al **1-855-249-5005** (TTY: 711) o visite www.kp.org.

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

This document is available for free in Spanish. Please contact our Member Services number at **303-338-3800** or toll free **1-800-632-9700** (TTY 711).

Este documento está disponible de forma gratuita en español. Si desea información adicional, por favor llame al número de nuestro Servicio a los Miembros al **303-338-3800** o sin costo al **1-800-632-9700**. (Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **711**).

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

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

NONDISCRIMINATION NOTICE

Kaiser Foundation Health Plan of Colorado (Kaiser Health Plan) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Kaiser Health Plan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex. We also:

- Provide no-cost aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats, such as large print, audio, and accessible electronic formats
- Provide no-cost language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, call **1-800-632-9700** (TTY 711).

If you believe that Kaiser Health Plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance by mail at: Customer Experience Department, Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator, 10350 E. Dakota Ave, Denver, CO 80247, or by phone at Member Services **1-800-632-9700** (TTY 711).

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019**, (TTY **1-800-537-7697**). Complaint forms are available at hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

HELP IN YOUR LANGUAGE

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-632-9700** (TTY 711).

አማርኛ (Amharic) ማሰታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ **1-800-632-9700** (TTY 711)።

العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-632-9700** (TTY :711).

Bàsòò Wùdù (Bassa) Dè dɛ nià kɛ dyédé gbo: ɔ jũ ké m̀ Bàsòò-wùdù-po-nyò jũ ní, níí, à wuɖu kà kò d̀ò po-poò béin m̀ gbo kpáa. Dá **1-800-632-9700** (TTY 711)

中文 (Chinese) 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-800-632-9700** (TTY 711)。

فارسی (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با **1-800-632-9700** (TTY 711) تماس بگیرید.

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-632-9700** (TTY 711).

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-800-632-9700 (TTY 711).**

Igbo (Igbo) NRUBAMA: Ọ bụrụ na ị na asụ Igbo, ọrụ enyemaka asụsụ, n'efu, dijirị gị. Kpọọ **1-800-632-9700 (TTY 711).**

日本語 (Japanese) 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。 **1-800-632-9700 (TTY 711)** まで、お電話にてご連絡ください。

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-632-9700 (TTY 711)**번으로 전화해 주십시오.

Naabeehó (Navajo) Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áa jiik'eh, éí ná hóló, koji' hódíłnih **1-800-632-9700 (TTY 711).**

नेपाली (Nepali) ध्यान दिनुहोस्: तपाइंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाइंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । **1-800-632-9700 (TTY: 711)** फोन गर्नुहोस् ।

Afaan Oromoo (Oromo) XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa **1-800-632-9700 (TTY 711).**

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-632-9700 (TTY 711).**

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-632-9700 (TTY 711).**

Tagalog (Tagalog) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-632-9700 (TTY 711).**

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-800-632-9700 (TTY 711).**

Yorùbá (Yoruba) AKIYESI: Ti o ba nso ede Yoruba ofe ni iranlowo lori ede wa fun yin o. E pe ero ibanisoro yi **1-800-632-9700 (TTY 711).**