



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 1-855-364-3184 (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 1-855-364-3184 (TTY: 711) para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deducible total</u> ?	Proveedor participante: \$7,500 por individuo/ \$15,000 por familia; proveedor no participante: \$21,000 por individuo/\$42,000 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 sin costos compartidos</u> antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos cubiertos</u> en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿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> ?	Proveedor participante: \$9,450 por individuo/ \$18,900 por familia; proveedor no participante: \$27,300 por individuo/\$54,600 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 cargos por <u>facturación de saldo</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 http://info.kaiserpermanente.org/html/kpic-colorado o llame al 1-855-364-3184 (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> , 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.
¿Necesita una <u>derivación</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que usted elija sin una <u>derivación</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 participante (Usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará Proveedor no participante (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si acude al consultorio o clínica del <u>proveedor</u>	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	Las primeras 3 visitas: sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica. Visitas adicionales: \$50 por visita.	50% de <u>coseguro</u>	Las primeras 3 visitas pueden ser cualquier combinación de atención primaria, exámenes de la vista y otras visitas que reúnan los requisitos. Servicios de atención virtual: <u>Proveedor</u> participante: \$50 por visita; <u>proveedor</u> no participante: 50% de <u>coseguro</u> .
	Consulta con un <u>especialista</u>	50% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Servicios de atención virtual: <u>Proveedor</u> participante: 50% de <u>coseguro</u> ; <u>proveedor</u> no participante: 50% de <u>coseguro</u>
	<u>Atención preventiva/ evaluación/vacunas</u>	Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica	50% de <u>coseguro</u>	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)	50% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	50% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	<u>Proveedor</u> no participante: Penalización del 20% por la falta de certificación previa

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor participante (Usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará Proveedor no participante (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica Hay más información disponible sobre la cobertura de <u>medicamentos con receta médica</u> en www.kp.org/formulary	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. Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> . Ciertos <u>medicamentos con receta médica</u> para pacientes ambulatorios están sujetos a los requisitos de gestión de uso. Los medicamentos preventivos de la <u>lista de medicamentos</u> no tienen costo, el <u>deducible</u> no se aplica.
	Medicamentos de marca preferidos	Al por menor: \$200 por <u>receta médica</u> ; orden por correo: \$400 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> . Ciertos <u>medicamentos con receta médica</u> para pacientes ambulatorios están sujetos a los requisitos de gestión de uso.
	Medicamentos no preferidos	Al por menor: \$350 por <u>receta médica</u> ; orden por correo: \$700 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. Ciertos <u>medicamentos con receta médica</u> para pacientes ambulatorios están sujetos a los requisitos de gestión de uso.
	<u>Medicamentos de especialidad</u>	Al por menor: \$700 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. Ciertos <u>medicamentos con receta médica</u> para pacientes ambulatorios están sujetos a los requisitos de gestión de uso.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	50% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	<u>Proveedor no participante</u> : Penalización del 20% por la falta de certificación previa.
	Tarifas del médico/cirujano	50% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	<u>Proveedor no participante</u> : Penalización del 20% por la falta de certificación previa.
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la Sala de Emergencias</u>	50% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	50% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Atención de urgencia</u>	50% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Ninguna

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor participante (Usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará Proveedor no participante (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	50% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	<u>Proveedor</u> no participante: Penalización del 20% por la falta de certificación previa.
	Tarifas del médico/cirujano	50% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	<u>Proveedor</u> no participante: Penalización del 20% por la falta de certificación previa.
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. 50% de <u>coseguro</u> para otros servicios para pacientes ambulatorios.	50% de <u>coseguro</u>	<u>Proveedor</u> participante: Sin costo por visita grupal y examen anual de bienestar; el <u>deducible</u> no se aplica. Servicios de atención virtual: <u>Proveedor</u> participante: \$50 por visita; <u>proveedor</u> no participante: 50% de <u>coseguro</u> .
	Servicios para pacientes hospitalizados	50% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	<u>Proveedor</u> no participante: Penalización del 20% por la falta de certificación previa.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Las primeras 3 visitas: sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica. Visitas adicionales: \$50 por visita.	50% de <u>coseguro</u>	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	50% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	50% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Ninguna

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor participante (Usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará Proveedor no participante (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>	50% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Límite de 8 horas por día y de 28 horas por semana. <u>Proveedor</u> no participante: Penalización del 20% por la falta de certificación previa.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Servicios para pacientes ambulatorios: 50% de <u>coseguro</u> . Servicios para pacientes hospitalizados: 50% de <u>coseguro</u> .	50% de <u>coseguro</u>	Paciente ambulatorio: Límite de 20 visitas por terapia por año entre ambos niveles (los servicios para trastornos del espectro autista no están sujetos al límite de visitas). <u>Proveedor</u> participante: Servicios para trastornos del espectro autista: Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica. <u>Proveedor</u> participante: Servicios de atención virtual: \$50 por visita. Paciente hospitalizado: Límite de 60 días por condición por año. <u>Proveedor</u> no participante: Penalización del 20% por la falta de certificación previa.
	<u>Servicios de habilitación</u>	50% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Límite de 20 visitas por terapia por año entre ambos niveles (los servicios para trastornos del espectro autista no están sujetos al límite de visitas). <u>Proveedor</u> participante: Servicios para trastornos del espectro autista: Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica. <u>Proveedor</u> participante: Servicios de atención virtual: \$50 por visita. <u>Proveedor</u> no participante: Penalización del 20% por la falta de certificación previa.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	50% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Se limita a un máximo de beneficios combinados de 100 días por año entre ambos niveles. <u>Proveedor</u> no participante: Penalización del 20% por la falta de certificación previa.
	<u>Equipo médico duradero</u>	50% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> . <u>Proveedor</u> no participante: Penalización del 20% por la falta de certificación previa.
	<u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u>	Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica	50% de <u>coseguro</u>	<u>Proveedor</u> no participante: Penalización del 20% por la falta de certificación previa.
	Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Las primeras 3 visitas: sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica. Visitas adicionales: \$50 por visita.	50% de <u>coseguro</u>
Anteojos para niños		50% de <u>coseguro</u>	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		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).

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

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 1-800-632-9700 (TTY: 711).

TAGALOG (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-632-9700 (TTY: 711)

CHINESE (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-800-632-9700 (TTY: 711)

NAVAJO (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1--800-632-9700 (TTY: 711).

Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC), una subsidiaria de Kaiser Foundation Health Plan, Inc., suscribe al nivel de proveedor participante (en la red) y al nivel de proveedor no participante (fuera de la red) del plan PPO.

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 \$7,500
- Coseguro para el especialista 50%
- Coseguro del hospital (establecimiento) 50%
- Otro coseguro 50%

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 \$7,500
- Coseguro para el especialista 50%
- Coseguro del hospital (establecimiento) 50%
- Otro coseguro 50%

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 \$7,500
- Coseguro para el especialista 50%
- Coseguro del hospital (establecimiento) 50%
- Otro coseguro 50%

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>	\$7,500
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$2,000
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es**	\$9,510

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>	\$2,600
<u>Copagos</u>	\$10
<u>Coseguro</u>	\$100
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$2,710

** Nota: El monto que paga el paciente se restringe al límite de gastos de bolsillo del plan. Es posible que los montos totales no coincidan debido a que se redondean.

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

Suplemento para Colorado del formulario del Resumen de beneficios y cobertura

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	 
NOMBRE DEL PLAN	KP Colorado Option Bronze PPO
1. Tipo de póliza	Póliza de grupo para empleadores pequeños
2. Tipo de plan	Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO)
3. Áreas de Colorado en las que el plan está disponible.	<p>El plan se encuentra disponible para empleadores en los siguientes condados:</p> <p>Adams, Arapahoe, Boulder, Broomfield, Clear Creek, Denver, Douglas, Elbert, El Paso, Fremont, Gilpin, Jefferson, Larimer, Park, Pueblo, Teller y Weld (a los que se hace referencia como “área de servicio”), cuyos empleados trabajan o residen fuera del área de servicio.</p>

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.

	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 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%.</p> <p>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?	No, el plan no incluye servicios dentales para niños.
8. ¿Qué exámenes de detección de cáncer están cubiertos?	Cáncer de seno (examen clínico de los senos, mamografía, 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 de la red o cuando se reciban servicios que no sean de emergencia de un proveedor que no pertenezca a la red en un centro de la red.
10. ¿El plan tiene una cláusula de arbitraje vinculante?	No.	

Preguntas: Llame al **1-855-364-3184** (TTY: **711**) o visite www.kp.org.

SPANISH (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al **1-800-632-9700** (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 Permanente Insurance Company (KPIC) complies with applicable federal civil rights law and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. KPIC 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:
 - o Qualified sign language interpreters
 - o 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:
 - o Qualified interpreters
 - o Information written in other languages

If you need these services, call **1-855-364-3184** (TTY: 711)

If you believe that Kaiser Permanente Insurance Company 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: KPIC Civil Rights Coordinator, PO Box 378066, Denver, CO 80237, or by phone at Member Services: 1-855-364-3184.

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, 1-800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at <http://www.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 **1-855-364-3184** (TTY: 711).

አማርኛ (Amharic) ያስተውሉ፡ እንግሊዘኛ የሚናገሩ ከሆነ፣ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶች፣ ከከፍተኛ ነጻ፣ ለእርስዎ ይገኛሉ። ወደ **1-855-364-3184** ይደውሉ (TTY: 711) ።

العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-855-364-3184** (TTY: 711).

Bàsɔ̀ ̀ Wùdù (Bassa) Dè dɛ nià kɛ dyédé gbo: Ɔ jũ ké m Bàsɔ̀-wùdù-po-nyɔ̀ jũ ní, níí, à wuɖu kà kò dò po-poɔ̀ bɛ̀in m gbo kpáa. Dá **1-855-364-3184** (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 **1-855-364-3184** (TTY: 711)

فارسی (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، خدمات تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می‌باشد. با شماره **1-855-364-3184** (TTY: 711) تماس بگیرید.

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-855-364-3184** (TTY: 711)

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen eine kostenlose Sprachassistenz zur Verfügung. Bitte wählen Sie: **1-855-364-3184** (TTY: 711).

Igbo (Igbo) GEE NTI: Ọ bụrụ na ị na asụ Igbo, ọrụ enyemaka nkowa asụsụ, du n'efu, dijiri gi. Kpọọ **1-855-364-3184** (TTY: 711).

日本語 (Japanese) 注意事項 : 日本語を話される場合、言語支援サービスを無料でご利用いただけます。 **1-855-364-3184(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. **1-855-364-3184 (TTY: 711)** 번으로 전화해 주십시오.

Naabeehó (Navajo) Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yánílti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé ', t'áá jiik'eh, éí ná hól'ó, koj'í' hódíílnih **1-855-364-3184 (TTY: 711)**.

नेपाली (Nepali)यान दनुहोस: तपाईं अङ्ग्रेजी बोल्नुहुन्छ भने भाषा सहायता सेवाहरू तपाईंका लागि नि:शुल्क उपलब्ध छन्। **1-855-364-3184 (TTY: 711)** मा फोन गर्नुहोस्।

Afaan Oromoo (Oromo) XIYYEEFFANNA: Afaan Oromoo dubbattu taanaan, tajaajiloonni deeggarsa afaanii bilisaan isiniif ni dhiyaatu. **1-855-364-3184 (TTY: 711)** irratti bilbilaa.

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: если вы говорите на русском языке, вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-855-364-3184 (TTY: 711)**.

Español (Spanish) ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-855-364-3184 (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 **1-855-364-3184 (TTY: 711)**.

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu quý vị nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Gọi số **1-855-364-3184 (TTY: 711)**.

Yorùbá (Yoruba) AKIYESI: Ti o ba nso ede Yoruba ofe ni iranlowo lori ede wa fun o. Pe **1-855-364-3184 (TTY: 711)**