



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</u> total?	\$250 por individuo/\$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 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.	Usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta el monto específico del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar por estos servicios.
¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	\$4,750 por individuo/\$9,500 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> , 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 obtener 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 de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$20 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica.	Cobertura Plus: \$40 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica. 25% de <u>coseguro</u> para otros servicios cubiertos recibidos durante la consulta.	Cobertura Plus: 15 servicios o visitas por año combinados. Servicios de atención virtual: sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica.
	Visita al <u>especialista</u>	\$50 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica. 15% de <u>coseguro</u> para otros servicios cubiertos recibidos durante la consulta.	Cobertura Plus: \$70 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica. 25% de <u>coseguro</u> para otros servicios cubiertos recibidos durante la consulta.	Cobertura Plus: 15 servicios o visitas por año combinados. Servicios de atención virtual: sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica.
	<u>Atención preventiva/ evaluación/vacunas</u>	Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica.	Cobertura Plus: Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica.	Cobertura Plus: 15 servicios o visitas por año combinados. 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)	15% de <u>coseguro</u>	Cobertura Plus: 25% de <u>coseguro</u> , el <u>deducible</u> no se aplica.	Cobertura Plus: 15 servicios o visitas por año combinados.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	15% 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 cobertura de medicamentos con receta médica en <u>www.kp.org/formulary</u></p>	Medicamentos genéricos	Al por menor: \$10 por <u>receta médica</u> ; orden por correo: \$20 por <u>receta médica</u> , el <u>deducible</u> no se aplica.	Cobertura Plus: 50% de <u>coseguro</u> , el <u>deducible</u> no se aplica	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> y los anticonceptivos de todos los niveles no tienen costo, el <u>deducible</u> no se aplica. Cobertura Plus: límite de 12 abastecimientos o reabastecimientos por miembro por año combinados.
	Medicamentos de marca preferidos	Al por menor: \$50 por <u>receta médica</u> ; orden por correo: \$100 por <u>receta médica</u> , el <u>deducible</u> no se aplica.	Cobertura Plus: 50% de <u>coseguro</u> , el <u>deducible</u> no se aplica	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> . Cobertura Plus: límite de 12 abastecimientos o reabastecimientos por miembro por año combinados.
	Medicamentos no preferidos	15% <u>coseguro</u> al por menor y en orden por correo, el <u>deducible</u> no se aplica	Cobertura Plus: 50% de <u>coseguro</u> , el <u>deducible</u> no se aplica	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. Cobertura Plus: límite de 12 abastecimientos o reabastecimientos por miembro por año combinados.
	<u>Medicamentos especializados</u>	15% de <u>coseguro</u> al por menor, el <u>deducible</u> no se aplica	Cobertura Plus: 50% de <u>coseguro</u> , el <u>deducible</u> no se aplica	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. Cobertura Plus: límite de 12 abastecimientos o reabastecimientos por miembro por año combinados.
<p>Si le hacen una cirugía ambulatoria</p>	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Centro de cirugía ambulatoria: 5% de <u>coseguro</u> . Hospital para pacientes ambulatorios: 15% de <u>coseguro</u> .	No está cubierto	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano	Centro de cirugía ambulatoria: 5% de <u>coseguro</u> . Hospital para pacientes ambulatorios: 15% 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>	\$500 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica	\$500 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica	No se aplica el <u>copago</u> por atención en Sala de Emergencias si ingresó al hospital directamente como paciente hospitalizado.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	15% de <u>coseguro</u>	15% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Atención de urgencia</u>	\$75 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica.	\$75 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica.	Los <u>proveedores fuera del plan</u> no están cubiertos dentro del área de servicio.
Si necesita hospitalización	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	15% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano	15% 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	\$20 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica.	Cobertura Plus: \$40 por visita individual, el <u>deducible</u> no se aplica	Visita anual de bienestar y servicios de atención virtual: sin cargo, el <u>deducible</u> no se aplica.
	Servicios para pacientes hospitalizados	15% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
Si está embarazada	Visitas al consultorio	15% 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	15% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	15% 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>	15% 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: \$25 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica. Servicios para pacientes hospitalizados: 15% de <u>coseguro</u> .	Cobertura Plus: \$40 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica	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: \$20 por visita, 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. Cobertura Plus: 15 servicios o visitas por año combinados.
	<u>Servicios de habilitación</u>	Servicios para pacientes ambulatorios: \$25 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica.	Cobertura Plus: \$40 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica	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: \$20 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica. Servicios de atención virtual: sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica. Cobertura Plus: 15 servicios o visitas por año combinados.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	15% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Límite de 100 días por año.
	<u>Equipo médico duradero</u>	15% de <u>coseguro</u>	Cobertura Plus: 25% de <u>coseguro</u> para productos adquiridos durante la visita al consultorio	Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> . Cobertura Plus: 15 servicios o visitas por año combinados.
	<u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u>	Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica.	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 su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	\$20 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica.	Cobertura Plus: \$40 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica. 25% de <u>coseguro</u> para otros servicios cubiertos recibidos durante la consulta.	Se limita a los niños hasta que finaliza el año en que cumplen 19 años. Cobertura Plus: 15 servicios o visitas por año combinados.
	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.
	Controlo dental para niños	Sin costo para la <u>atención 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).

- | | | |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Cirugía estética ● Audífonos (adultos) | <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"> ● 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).

- | | | |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Aborto ● Acupuntura (se limita a 10 visitas por año) ● Cirugía bariátrica (solo <u>proveedores del plan</u>) | <ul style="list-style-type: none"> ● Atención quiropráctica (se limita a 20 visitas por año) ● Atención dental (adultos) ● Audífonos (hasta los 18 años: 1 audífono por oído cada 60 meses) | <ul style="list-style-type: none"> ● 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-EBSA (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 x61565 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)

TRADITIONAL 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)

PENNSYLVANIA DUTCH (Deutsch): Fer Hilf griege in Deitsch, ruf 1-855-249-5005 (TTY: 711) uff

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

SAMOAN (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-855-249-5005 (TTY: 711)

CAROLINIAN (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingí tilifon ye 1-855-249-5005 (TTY: 711)

CHAMORRO (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, à'gang 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 <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$250
■ <u>Copago</u> para el <u>especialista</u>	\$50
■ <u>Coseguro</u> del hospital (establecimiento)	15%
■ Otro <u>coseguro</u>	15%

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>	\$250
<u>Copagos</u>	\$10
<u>Coseguro</u>	\$1,800
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$2,120

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$250
■ <u>Copago</u> para el <u>especialista</u>	\$50
■ <u>Coseguro</u> del hospital (establecimiento)	15%
■ Otro <u>coseguro</u>	15%

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 por recetas
Equipo médico duradero (*glucómetro*)

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$60
<u>Copagos</u>	\$500
<u>Coseguro</u>	\$200
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$760

Fractura simple de Mia

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

■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$250
■ <u>Copago</u> para el <u>especialista</u>	\$50
■ <u>Coseguro</u> del hospital (establecimiento)	15%
■ Otro <u>coseguro</u>	15%

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>	\$250
<u>Copagos</u>	\$700
<u>Coseguro</u>	\$200
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,150

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

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 CO Platinum DHMO Plus 250/20
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.

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. Como se especifica en la cláusula § 10-16-161, C.R.S., con vigencia para todos los planes de beneficios de salud emitidos o renovados a partir del 1 de enero de 2025, todas las entidades aseguradoras deben incluir cualquier monto pagado por la persona cubierta o por otra persona en nombre de la persona cubierta por un medicamento recetado al calcular la contribución total de la persona cubierta al requisito de gasto máximo de bolsillo o costo compartido.
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, pruebas de detección o imágenes diagnósticas, 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 (sin costo dentro del estado: 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 and state civil rights laws and does not discriminate, exclude people or treat them less favorably on the basis of race, color, national origin (including limited English proficiency and primary language), ancestry, age, disability, sex (including sex characteristics, intersex traits; pregnancy or related conditions; sexual orientation; gender identity, gender expression, and sex stereotypes), religion, creed or marital status.

Kaiser Health Plan:

- Provides no-cost auxiliary 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, braille, and accessible electronic formats
- Provides 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, ancestry, age, disability, sex, (including sex characteristics, intersex traits; pregnancy or related conditions; sexual orientation; gender identity, gender expression, and sex stereotypes), religion, creed, or marital status, 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.

This notice is available at <https://healthy.kaiserpermanente.org/colorado/language-assistance/nondiscrimination-notice>

HELP IN YOUR LANGUAGE

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

አማርኛ (Amharic) ትኩረት: አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ ተገቢ የሆኑ ረዳት መርጃዎችን እና አገልግሎቶችን ጨምሮ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶች በነጻ ይገኛሉ። በ **1-800-632-9700** ይደውሉ (TTY 711)።

العربية (Arabic) تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية بما في ذلك من وسائل المساعدة والخدمات المناسبة بالمجان. اتصل بالرقم **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

Bàsòò Wùdù (Bassa) Mbi sog: nia maa Bàsàa, njàl mbom a ka maa njàng ndol ni mbom mi tsoṅ ni soṅ, niṅ ma kénṅen yé, mbi èyem. Wò nàṅ **1-800-632-9700 (TTY 711)**

中文 (Chinese) 注意事項: 如果您說中文，您可獲得免費語言協助服務，包括適當的輔助器材和服務。致電 **1-800-632-9700 (TTY 711)**。

فارسی (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، «تسهیلات زبانی»، از جمله کمک‌ها و خدمات پشتیبانی مناسب، به صورت رایگان در دسترس‌تان است با **1-800-632-9700** تماس بگیرید (TTY (تلفن متنی): **711**).

Français (French) ATTENTION: si vous parlez français, des services d'assistance linguistique comprenant des aides et services auxiliaires appropriés, gratuits, sont à votre disposition. Appelez le **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen die Sprachassistenten mit entsprechenden Hilfsmitteln und Dienstleistungen kostenfrei zur Verfügung. Rufen Sie **1-800-632-9700** an (TTY 711).

Igbo (Igbo) TINYE UCHE: Ọ bụrụ na ị na-asụ Igbo, Ọrụ enyemaka nke asụsụ gụnyere udi enyemaka na ọrụ kwesiri ekwesị, n'efu, di nye gi. Kpọ **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

日本語 (Japanese) 注意: 日本語を話す場合、適切な補助機器やサービスを含む言語支援サービスが無料で提供されます。 **1-800-632-9700** までお電話ください (TTY : **711**)。

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 구사하실 경우, 필요한 보조 기기 및 서비스가 포함된 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다. **1-800-632-9700**로 전화해 주세요 (TTY **711**).

Naabeehó (Navajo) Díí BAA AKÓ NÍNÍZIN: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', biniit'aa da beeso ndinish'aah t'aala'l bi'aa 'anashwo' doo biniit'aa, t'aadoo baahilinigoo bits'aadoo yeel, t'áá jiik'eh, éí ná hóló, koji' hódíílnih **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

नेपाली (Nepali) ध्यान दिनुहोस्: यदि तपाईं नेपाली बोल्नुहुन्छ भने, उपयुक्त सहायक सहायता र सेवाहरू सहित भाषा सहायता सेवाहरू, निःशुल्क उपलब्ध छन्। फोन **1-800-632-9700 (TTY: 711)**.

Afaan Oromoo (Oromo) XIYEEFFANNOO: Yoo Afaan Oromo dubbattu ta'e, Tajaajila gargaarsa afaanii, gargaarsota dabalataa fi tajaajiloota barbaachisoo kaffaltii irraa bilisa ta'an, isiniif ni jira. **1-800-632-9700** irratti bilbilaa (TTY **711**)

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ! Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки, включая соответствующие вспомогательные средства и услуги. Позвоните по номеру **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

Español (Spanish) ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística que incluyen ayudas y servicios auxiliares adecuados y gratuitos. Llame al **1-800-632-9700** (TTY **711**).

Tagalog (Tagalog) PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, available sa iyo ang serbisyo ng tulong sa wika kabilang ang mga naaangkop na karagdagang tulong at serbisyo, nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-632-9700** (TTY **711**).

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, bạn có thể sử dụng các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí, bao gồm các dịch vụ và phương tiện hỗ trợ phù hợp. Xin gọi **1-800-632-9700** (TTY **711**).

Yorùbá (Yoruba) ÀKÍYÈSÍ: Tí o bá ń sọ èdè Yorùbá, àwọn isẹ̀ ìrànlọ́wọ̀ èdè tó fi kún àwọn ohun èlò ìrànlọ́wọ̀ tó yẹ àti àwọn isẹ̀ láísí idíyelé wà fún ọ. Pe **1-800-632-9700** (TTY **711**).

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.