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 1-888-865-5813 (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 1-888-865-5813 (TTY: 711) para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	$10,600 por individuo/$21,200 por familia.	En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad deducible antes de que este plan comience a pagar. Si usted tiene otros miembros de la familia en el plan, cada uno debe alcanzar su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos del deducible que pagaron todos los miembros de la familia alcance el deducible general de la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible?	Sí, la atención preventiva y los servicios que se indican en la tabla que comienza en la página 2.	Este plan cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del deducible. Sin embargo, se podría aplicar un copago o un coseguro. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos antes de que alcance su deducible. Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No debe pagar deducibles por servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan?	$10,600 por individuo/$21,200 por familia.	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en el plan, cada uno debe alcanzar su propio límite de gastos de bolsillo hasta alcanzar el límite de gastos de bolsillo general de la familia.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?	Las primas, los cargos por facturación de saldo (excepto cuando la facturación del saldo esté prohibida), el costo compartido por beneficios distintos de los beneficios de salud del empleador y la atención médica que no cubre este plan.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo.
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red?	Para obtener una lista de proveedores de la red, visite www.kp.org o llame al 1-888-865-5813 (TTY: 711).	Este plan utiliza una red de proveedores. Pagará menos si usa un proveedor que esté incluido en la red del plan. Pagará más si acude a un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista?	Sí, pero puede autoderivarse a ciertos especialistas.	Este plan pagará algunos o todos los costos para ver a un especialista por servicios cubiertos, pero solo si tiene una derivación antes de ver al especialista.

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	Las primeras 3 visitas de atención primaria son sin costo, el deducible no se aplica. Visitas adicionales: sin costo.	No está cubierto	Ninguna
	Consulta con un especialista	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
	Atención preventiva/ evaluación/vacunas	Sin costo, el deducible no se aplica.	No está cubierto	Usted tendrá que pagar por los servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego, consulte lo que su plan pagará.
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en www.kp.org/formulary	Medicamentos genéricos	Sin costo	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días al por menor o hasta un suministro de 90 días en orden por correo. Los anticonceptivos no tienen costo, el deducible no se aplica. Sujeto a las pautas de la lista de medicamentos.
	Medicamentos de marca preferidos	Sin costo	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 lista de medicamentos.
	Medicamentos de marca no preferidos	Sin costo	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 lista de medicamentos cuando estén aprobados mediante el proceso de excepciones.
	Medicamentos especializados	Sin costo.	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días al por menor. Sujeto a las pautas de la lista de medicamentos cuando estén aprobados mediante el proceso de excepciones.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor del plan (Usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará Proveedor fuera del plan (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	Sin costo	Sin costo	Ninguna
	Transporte médico de emergencia	Sin costo	Sin costo	Ninguna
	Atención de urgencia	Sin costo	Sin costo	Los proveedores fuera del plan no están cubiertos dentro del área de servicio.
Si necesita hospitalización	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	Sin costo	No está cubierto	Se requiere autorización previa.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin costo	No está cubierto	Se requiere autorización previa.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
	Servicios para pacientes hospitalizados	Sin costo	No está cubierto	Se requiere autorización previa.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin costo	No está cubierto	Se pueden aplicar copagos, coseguros o deducibles 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	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	Sin costo	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	Atención médica en el hogar	Sin costo	No está cubierto	Límite de 120 visitas por año calendario - Los servicios de enfermería privada de tiempo parcial o provisionales no están cubiertos.
	Servicios de rehabilitación	Sin costo	No está cubierto	Paciente ambulatorio: límite de 40 visitas por año para fisioterapia y terapia ocupacional/límite de 40 visitas por año para terapia del habla. Paciente hospitalizado: se requiere autorización previa.
	Servicios de habilitación	Sin costo	No está cubierto	Límite de 40 visitas por año para fisioterapia y terapia ocupacional/límite de 40 visitas por año para terapia del habla.
	Atención de enfermería especializada	Sin costo	No está cubierto	Límite de 150 días por año. Se requiere autorización previa.
	Equipo médico duradero	Sin costo	No está cubierto	Se requiere autorización previa.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	Sin costo	No está cubierto	Se requiere autorización previa.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin costo	No está cubierto	1 examen por año calendario
	Anteojos para niños	Sin costo, el deducible no se aplica.	No está cubierto	Limitado a un par de anteojos por año con selección de armazones.
	Controlo dental para niños	Sin costo	No está cubierto	Una visita cada 6 meses

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).

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Cirugía estética
- Atención dental (adultos)
- Tratamiento para la infertilidad
- Cuidados a largo plazo
- Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Enfermería privada
- Cuidado de los pies de rutina
- Programas para perder peso

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

- Aborto
- Atención quiropráctica (se limita a 20 visitas por año; solo manipulación de la columna vertebral)
- Audífonos (hasta los 19 años: límite de 1 audífono por oído cada 48 meses hasta $3,000).
- Cuidado de los ojos de rutina con límites (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	1-888-865-5813 (TTY: 711) o www.kp.org/memberservices
Departamento de Seguros de Georgia	1-800-656-2298 o www.oci.ga.gov/

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

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

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? No se aplica.

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 1-888-865-5813 (TTY: 711)

TAGALOG (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-865-5813 (TTY: 711)

TRADITIONAL CHINESE (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-888-865-5813 (TTY: 711)

PENNSYLVANIA DUTCH (Deitsch): Fer Hilf griege in Deitsch, ruf 1-888-865-5813 (TTY: 711) uff

NAVAJO (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-888-865-5813 (TTY: 711)

SAMOAN (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-888-865-5813 (TTY: 711)

CAROLINIAN (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-888-865-5813 (TTY: 711)

CHAMORRO (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, å'gang 1-888-865-5813 (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 $10,600
- Copago para el especialista $0
- Copago del hospital (establecimiento) $0
- Otro copago (análisis de sangre) $0

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

Costo total del ejemplo	$12,700
En este ejemplo, Peg pagaría:	
Costos compartidos	
Deducibles	$10,600
Copagos	$0
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$50
El total que Peg pagaría es	$10,650

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

- El deducible general del plan $10,600
- Copago para el especialista $0
- Copago del hospital (establecimiento) $0
- Otro copago (análisis de sangre) $0

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:	
Costos compartidos	
Deducibles	$4,800
Copagos	$0
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Joe pagaría es	$4,800

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

- El deducible general del plan $10,600
- Copago para el especialista $0
- Copago del hospital (establecimiento) $0
- Otro copago (radiografía) $0

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

Costo total del ejemplo	$2,800
En este ejemplo, Mia pagaría:	
Costos compartidos	
Deducibles	$2,800
Copagos	$0
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	$2,800

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

NONDISCRIMINATION NOTICE

Kaiser Foundation Health Plan of Georgia, Inc. (Kaiser Health Plan) complies with applicable Federal 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), age, disability, or sex(including sex characteristics, intersex traits; pregnancy or related conditions; sexual orientation; gender identity, and sex stereotypes).

Kaiser Health Plan:

- Provides 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, 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 **1-888-865-5813** (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: Member Relations Unit (MRU), Attn: Kaiser Civil Rights Coordinator, Nine Piedmont Center, 3495 Piedmont Road, NE Atlanta, GA 30305-1736. Telephone Number: **1-888-865-5813**.

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**.

This notice is available at **https://healthy.kaiserpermanente.org/georgia/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 **1-888-865-5813** (TTY: **711**).

አማርኛ (Amharic) ትኩረት: አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ ተገቢ የሆኑ ረዳት መርጃዎችን እና አገልግሎቶችን ጨምሮ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶች በነጻ ይገኛሉ። በ **1-888-865-5813** 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 **1-888-865-5813** (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 **1-888-865-5813**（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 **1-888-865-5813** 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 **1-888-865-5813** (TTY: **711**).

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen die Sprachassistenz mit entsprechenden Hilfsmitteln und Dienstleistungen kostenfrei zur Verfügung. Rufen Sie **1-888-865-5813** an (TTY: **711**).

ગુજરાતી (Gujarati) ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલો છો, તો યોગ્ય સહાયક સહાય અને સેવાઓ સહિતની ભાષા સહાય સેવાઓ, તમારા માટે મફત ઉપલબ્ધ છે. **1-888-865-5813** (TTY: **711**) પર કૉલ કરો.

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole) ATANSYON: Si w pale kreyòl, w ap jwenn sèvis asistans lang tankou èd ak sèvis konplemantè adapte gratis. Rele **1-888-865-5813** (TTY: **711**).

हिन्दी (Hindi) ध्यान दें: अगर आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए उपयुक्त सहायक उपकरण और सेवाओं सहित भाषा सहायता सेवाएँ मुफ़्त उपलब्ध हैं। **1-888-865-5813** (TTY: **711**) पर कॉल करें।

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。**1-888-865-5813** 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. **1-888-865-5813**로 전화해 주세요(TTY: **711**).

Naabeehó (Navajo) DÍÍ BAA AKÓ NÍNÍZIN: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'dęę', biniit'aa da beeso ndinish'aah t'aala'I bi'aa 'anashwo' doo biniit'aa, t'aadoo baahilinigoo bits'aadoo yeel, t'áá jiik'eh, éí ná hóló, kojį' hódíílnih **1-888-865-5813** (TTY: **711**).

Português (Portuguese) ATENÇÃO: Se fala português, temos à sua disposição serviços gratuitos de assistência linguística, incluindo serviços e materiais de apoio adequados. Ligue para **1-888-865-5813** (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 **1-888-865-5813** (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 **1-888-865-5813** (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 **1-888-865-5813** (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 **1-888-865-5813** (TTY: **711**).

This page is intentionally left blank.