



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 1-855-249-5018 (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 1-855-249-5018

(TTY: 711) para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deducible</u> total?	\$2,500 por individuo/\$5,000 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 la cantidad total de gastos de <u>deducible</u> que pagan todos los miembros alcance el <u>deducible</u> total 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 <a href="https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿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> ?	\$4,980 por individuo/\$9,960 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> ?	<u>Copagos</u> en ciertos servicios, <u>primas</u> y atención médica que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Consulte <a href="http://www.kp.org">www.kp.org</a> o llame al 1-855-249-5018 (TTY: 711) para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u> .	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 para atenderse con un 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	Lo que usted pagará	Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor del plan (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera del plan (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del <u>proveedor</u>	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$50 por visita	No está cubierto	Sin costo para la primera visita, después \$50 luego del <u>deducible</u> (sujeto a un límite de costo compartido de PCP combinado). Sin <u>copago</u> para niños menores de 5 años.
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$70 por visita	No está cubierto	Ninguna
	<u>Atención preventiva/ evaluación/vacunas</u>	Sin costo, el <u>deducible</u> no 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)	\$50 por visita	No está cubierto	Ninguna
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	\$150 por examen	No está cubierto	Ninguna

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará	Lo que usted pagará	Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor del plan (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera del plan (Usted pagará el máximo)	
<b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b> Hay más información disponible sobre la <u>cobertura de medicamentos con receta médica</u> en <a href="http://www.kp.org/formulary">www.kp.org/formulary</a>	Medicamentos genéricos (nivel 1)	\$5 por <u>receta médica</u> , el <u>deducible</u> no aplica	No está cubierto	Copago por hasta 30 días de suministro. Hasta un suministro de 90 días por 2 copagos en farmacias del <u>Plan</u> . Hasta un suministro de 90 días por 1.5 copagos a través de la orden por correo. Sin costo, el <u>deducible</u> no aplica para medicamentos <u>preventivos</u> ni anticonceptivos.
	Medicamentos de marca preferidos (nivel 2)	\$50 por <u>receta médica</u>	No está cubierto	Copago por hasta 30 días de suministro. Hasta un suministro de 90 días por 2 copagos en farmacias del <u>Plan</u> . Hasta un suministro de 90 días por 1.5 copagos a través de la orden por correo. Sin costo, el <u>deducible</u> no aplica para medicamentos <u>preventivos</u> ni anticonceptivos.
	Medicamentos no preferidos (nivel 3)	50% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días o 90 días. Sin costo, el <u>deducible</u> no aplica para medicamentos preventivos ni anticonceptivos.
	<u>Medicamentos de especialidad</u> (nivel 4)	50% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Hasta un máximo de \$250 por suministro de 30 días, o hasta un máximo de \$500 por suministro de 90 días en una farmacia de KP o por orden por correo.
<b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$200 por visita	No está cubierto	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano	\$70 por visita	No está cubierto	Ninguna
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<u>Atención en la Sala de Emergencias</u>	\$200 por visita	\$200 por visita	Sin <u>copago</u> si lo internan.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	Sin costo	Sin costo	Ninguna
	<u>Atención de urgencia</u>	\$70 por visita	\$70 por visita	Los <u>proveedores fuera del plan</u> no están cubiertos dentro del área de servicio.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará	Lo que usted pagará	Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor del plan (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera del plan (Usted pagará el máximo)	
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$300 por día	No está cubierto	<u>Copago</u> por día durante 3 días; sin costo después del día 3.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$50 por visita	No está cubierto	Sin costo para la primera visita, después \$50 por terapia individual luego del <u>deducible</u> /\$25 por terapia grupal luego del <u>deducible</u> (sujeto a un límite de costo compartido de PCP combinado).
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$300 por día	No está cubierto	<u>Copago</u> por día durante 3 días; sin costo después del día 3.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin costo, el <u>deducible</u> no aplica	No está cubierto	Se pueden aplicar <u>copagos</u> , <u>coseguros</u> o <u>deducibles</u> según el tipo de servicio. Los cuidados de maternidad podrían incluir los exámenes y servicios que se describen en otras partes del SBC (por ejemplo, ecografía).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Sin costo	Ninguna	Ninguna
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	\$300 por día	No está cubierto	<u>Copago</u> por día durante 3 días; sin costo después del día 3.
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Atención médica en el hogar</u>	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Paciente hospitalizado: \$300 por día Paciente ambulatorio: \$70 por visita	No está cubierto	Paciente hospitalizado: <u>Copago</u> por día durante 3 días; sin costo después del día 3. Paciente ambulatorio: Hasta 30 visitas cada uno por PT/OT/ST/año.
	<u>Servicios de habilitación</u>	\$70 por visita	No está cubierto	Hasta 30 visitas cada uno por PT/OT/ST/año. Intervención temprana: No hay límite de visitas para ciertos niños menores de 3 años.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	\$300 por día	No está cubierto	<u>Copago</u> por día durante 3 días; sin costo después del día 3. Máximo de 100 días por estadía.
	<u>Equipo médico duradero</u>	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
	<u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u>	Sin costo	No está cubierto	Ninguna

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor del plan (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera del plan (Usted pagará el máximo)	
<b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>	Examen de la vista para niños	Sin costo, el <u>deducible</u> no aplica	No está cubierto	Un examen por año.
	Anteojos para niños	Sin costo, el <u>deducible</u> no aplica	No está cubierto	1 par de anteojos por año O primera compra de lentes de contacto por año O 2 pares de lentes de contacto por ojo por año que sean <u>médicamente necesarios</u> (grupo seleccionado de marcos y lentes).
	Control dental para niños	\$5 por visita, el <u>deducible</u> no aplica	No está cubierto	Limitado para los miembros hasta el final del mes en el que cumplen 19 años.

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acupuntura</li> <li>• Cirugía estética</li> <li>• Atención dental (adultos)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados a largo plazo</li> <li>• Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado de los pies de rutina</li> <li>• Programas para perder peso</li> </ul> |
|---|---|---|

**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"> <li>• Cirugía bariátrica</li> <li>• Atención quiropráctica con límite (Se limita a 30 visitas por año. El límite para las visitas se aplica por separado para servicios de habilitación y rehabilitación.)</li> <li>• Audífonos con límite (máximo de un audífono por oído con deficiencia de audición cada 24 meses hasta \$1,500 por audífono para niños menores de 19 años)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento para la infertilidad con límite (Servicios de diagnóstico)</li> <li>• Enfermería privada con límite</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado de los ojos de rutina (adultos)</li> <li>• Interrupción voluntaria del embarazo</li> </ul> |
|--|---|---|

**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](http://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 más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con las agencias 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	1-855-249-5018 (TTY: 711) o <a href="http://www.kp.org/memberservices">www.kp.org/memberservices</a>
Oficina de Seguros de Virginia	1-877-310-6560 o <a href="http://www.scc.virginia.gov/boi">www.scc.virginia.gov/boi</a>

### ¿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 1-855-249-5018 (TTY: 711)

TAGALOG (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-855-249-5018 (TTY: 711)

CHINESE (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-855-249-5018 (TTY: 711)

NAVAJO (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-855-249-5018 (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 \$2,500
- Copago para el especialista \$70
- Copago del hospital (establecimiento) \$300
- Otro copago (análisis de sangre) \$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*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$12,700</b>
En este ejemplo, Peg pagaría:	
<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$2,500
<u>Copagos</u>	\$300
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$2,860</b>

**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 \$2,500
- Copago para el especialista \$70
- Copago del hospital (establecimiento) \$300
- Otro copago (análisis de sangre) \$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*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$5,600</b>
En este ejemplo, Joe pagaría:	
<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$1,200
<u>Copagos</u>	\$700
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$1,900</b>

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

- El deducible general del plan \$2,500
- Copago para el especialista \$70
- Copago del hospital (establecimiento) \$300
- Otro copago (radiografía) \$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*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$2,800</b>
En este ejemplo, Mia pagaría:	
<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$2,500
<u>Copagos</u>	\$200
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$2,700</b>

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



**Deutsch (German) ACHTUNG:** Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-800-777-7902** (TTY: 711).

**ગુજરાતી (Gujarati) સુચના:** જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો **1-800-777-7902** (TTY: 711).

**Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole) ATANSYON:** Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **1-800-777-7902** (TTY: 711).

**हिन्दी (Hindi) ध्यान दें:** यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **1-800-777-7902** (TTY: 711) पर कॉल करें।

**Igbo (Igbo) NRỤBAMA:** Ọ bụrụ na ị na asụ Igbo, ọrụ enyemaka asụsụ, n'efu, dijirị gj. Kpọọ **1-800-777-7902** (TTY: 711).

**Italiano (Italian) ATTENZIONE:** In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero **1-800-777-7902** (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。 **1-800-777-7902** (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. **1-800-777-7902** (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

**Português (Portuguese) ATENÇÃO:** Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para **1-800-777-7902** (TTY: 711).

**Русский (Russian) ВНИМАНИЕ:** если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-777-7902** (TTY: 711).

**Español (Spanish) ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-777-7902** (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 **1-800-777-7902** (TTY: 711).

**ไทย (Thai) เรียน:** ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร **1-800-777-7902** (TTY: 711).

**اُردو (Urdu) خبردار:** اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں **1-800-777-7902** (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 **1-800-777-7902** (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 **1-800-777-7902** (TTY: 711).

This page is intentionally left blank.