



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 [www.kp.org/plandocuments](http://www.kp.org/plandocuments) o llame al 1-800-813-2000 (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 1-800-813-2000 (TTY: 711) para pedir una copia.

| Preguntas importantes                                                       | Respuestas                                                                                                                                        | Por qué es importante:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Cuánto es el <u>deducible</u> total?                                       | \$6,000 por individuo/\$12,000 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 determinados <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> ?   | \$8,900 por individuo/\$17,800 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>Primas</u> ; servicios no cubiertos en virtud de este <u>plan</u> ; pagos por servicios en virtud de la cobertura fuera de área de estudiante. | 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 1-800-813-2000 (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 de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios. |
| ¿Necesita una <u>derivación</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ? | Sí, pero puede autoderivarse a determinados <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<br>(Usted pagará el mínimo)  | Proveedor fuera del plan<br>(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, el <u>deducible</u> no aplica  | No está cubierto                                     | Ninguna                                                                                                                                                                                                      |
|                                                        | Consulta con un <u>especialista</u>                                                                                          | \$125 por visita; el <u>deducible</u> no aplica | 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)                                                            | 40% de <u>coseguro</u>                          | No está cubierto                                     | Ninguna                                                                                                                                                                                                      |
|                                                        | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | 40% de <u>coseguro</u>                          | No está cubierto                                     | Para algunos servicios, se requiere autorización previa.                                                                                                                                                     |

| 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) |                                                                                                                                                                                                            |
| <p>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</p> <p>Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con <u>receta</u> en <a href="http://www.kp.org/waformulary">www.kp.org/waformulary</a></p> | Medicamentos genéricos                                    | Al por menor: \$32 por <u>receta médica</u> , el <u>deducible</u> no aplica; orden por correo: \$64 por <u>receta médica</u> , el <u>deducible</u> no aplica | No está cubierto                                  | Hasta un suministro de 30 días al por menor o un suministro de 90 días en orden por correo. Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica a los anticonceptivos. Sujeto a las pautas del <u>formulario</u> . |
|                                                                                                                                                                                                                                                  | Medicamentos de marca preferidos                          | Al por menor: 40% de <u>coseguro</u> ; orden por correo: 40% de <u>coseguro</u>                                                                              | No está cubierto                                  | Hasta un suministro de 30 días (al por menor) o un suministro de 90 días (orden por correo). Sujeto a las pautas del <u>formulario</u> .                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                  | Medicamentos de marca no preferidos                       | Al por menor: 40% de <u>coseguro</u> ; orden por correo: 40% de <u>coseguro</u>                                                                              | No está cubierto                                  | Hasta un suministro de 30 días (al por menor) o un suministro de 90 días (orden por correo). Sujeto a las pautas del <u>formulario</u> .                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                  | <u>Medicamentos de especialidad</u>                       | 40% de <u>coseguro</u>                                                                                                                                       | No está cubierto                                  | Hasta un suministro de 30 días.                                                                                                                                                                            |
| Si le hacen una cirugía ambulatoria                                                                                                                                                                                                              | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 40% de <u>coseguro</u>                                                                                                                                       | No está cubierto                                  | Se requiere autorización previa.                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                  | Tarifas del médico/cirujano                               | 40% de <u>coseguro</u>                                                                                                                                       | No está cubierto                                  | Se requiere autorización previa.                                                                                                                                                                           |
| Si necesita atención médica inmediata                                                                                                                                                                                                            | <u>Atención en la Sala de Emergencias</u>                 | 40% de <u>coseguro</u>                                                                                                                                       | 40% de <u>coseguro</u>                            | Ninguna                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                  | <u>Transporte médico de emergencia</u>                    | 40% de <u>coseguro</u>                                                                                                                                       | 40% de <u>coseguro</u>                            | Ninguna                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                  | <u>Atención de urgencia</u>                               | \$100 por visita, el <u>deducible</u> no aplica                                                                                                              | \$100 por visita, el <u>deducible</u> no aplica   | Los <u>proveedores fuera del plan</u> no están cubiertos dentro del área de servicio.                                                                                                                      |
| Si necesita hospitalización                                                                                                                                                                                                                      | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)       | 40% de <u>coseguro</u>                                                                                                                                       | No está cubierto                                  | Se requiere autorización previa.                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                  | Tarifas del médico/cirujano                               | 40% de <u>coseguro</u>                                                                                                                                       | No está cubierto                                  | Se requiere autorización previa.                                                                                                                                                                           |
| Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias                                                                                                                                                                 | Servicios para pacientes ambulatorios                     | \$50 por visita, el <u>deducible</u> no aplica                                                                                                               | No está cubierto                                  | Ninguna                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                  | Servicios para pacientes hospitalizados                   | 40% de <u>coseguro</u>                                                                                                                                       | No está cubierto                                  | Se requiere autorización previa.                                                                                                                                                                           |

| 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 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  | 40% de <u>coseguro</u>                      | No está cubierto                                  | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                     | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto  | 40% de <u>coseguro</u>                      | No está cubierto                                  | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                   |
| Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud | <u>Atención médica en el hogar</u>                     | 40% de <u>coseguro</u>                      | No está cubierto                                  | 130 visitas por año                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                     | <u>Servicios de rehabilitación</u>                     | 40% de <u>coseguro</u>                      | No está cubierto                                  | Paciente ambulatorio: Se limita a 25 visitas por año. Paciente hospitalizado: Se limita a 30 días por año. Se requiere autorización previa. Los servicios con diagnósticos de salud mental se cubren sin límites.                         |
|                                                                                     | <u>Servicios de habilitación</u>                       | 40% de <u>coseguro</u>                      | No está cubierto                                  | Paciente ambulatorio: Se limita a 25 visitas por año. Paciente hospitalizado: Se limita a 30 días por año. Se requiere autorización previa. Los servicios con diagnósticos de salud mental se cubren sin límites.                         |
|                                                                                     | <u>Atención de enfermería especializada</u>            | 40% de <u>coseguro</u>                      | No está cubierto                                  | Se limita a 60 días por año. Se requiere autorización previa.                                                                                                                                                                             |
|                                                                                     | <u>Equipo médico duradero</u>                          | 40% de <u>coseguro</u>                      | No está cubierto                                  | Se requiere autorización previa.                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                     | <u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u> | Sin costo, el <u>deducible</u> no aplica    | No está cubierto                                  | Atención de relevo para pacientes hospitalizados o ambulatorios limitada a un máximo de 14 días de por vida. Se requiere autorización previa.                                                                                             |

| 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 su hijo necesita servicios dentales o de la vista | Examen de la vista para niños  | Sin costo, el <u>deducible</u> no aplica    | No está cubierto                                  | Se limita a un examen por año.                          |
|                                                      | Anteojos para niños            | Sin costo, el <u>deducible</u> no aplica    | No está cubierto                                  | Se limita a un par por año.                             |
|                                                      | Control dental para niños      | Sin costo, el <u>deducible</u> no aplica    | No está cubierto                                  | Ninguna                                                 |

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

| Servicios que su <u>Plan</u> , por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del <u>plan</u> para obtener más información y una lista de otros <u>servicios excluidos</u> ). |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía bariátrica</li> <li>• Cirugía estética</li> <li>• Atención dental (adultos)</li> </ul>                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento para la infertilidad (excepto inseminación artificial)</li> <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>• Enfermería privada</li> <li>• Cuidado de los ojos de rutina (adultos)</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 <u>plan</u> ).                           |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aborto</li> <li>• Acupuntura</li> </ul>                                                                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención quiropráctica (se limita a 10 visitas por año)</li> <li>• Audífonos (1 audífono por oído, cada 36 meses)</li> </ul>                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado de los pies de rutina</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     | 1-800-813-2000 (TTY: 711) o <a href="http://www.kp.org/memberservices">www.kp.org/memberservices</a> |
| Oficina en Washington del comisionado del seguro | 1-800-562-6900 o <a href="http://www.insurance.wa.gov">www.insurance.wa.gov</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 1-800-813-2000 (TTY: 711)

TAGALOG (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-813-2000 (TTY: 711)

TRADITIONAL CHINESE (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-800-813-2000 (TTY: 711)

PENNSYLVANIA DUTCH (Deutsch): Fer Hilf griege in Deutsch, ruf 1-800-813-2000 (TTY: 711) uff

NAVAJO (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-813-2000 (TTY: 711)

SAMOAN (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-800-813-2000 (TTY: 711)

CAROLINIAN (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-800-813-2000 (TTY: 711)

CHAMORRO (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, à'gang 1-800-813-2000 (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>    | \$6,000 |
| ■ <u>Copago</u> para el <u>especialista</u>      | \$125   |
| ■ <u>Coseguro</u> del hospital (establecimiento) | 40%     |
| ■ Otro <u>coseguro</u> (análisis de sangre)      | 40%     |

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

|                                |          |
|--------------------------------|----------|
| Costo total del ejemplo        | \$12,700 |
| En este ejemplo, Peg pagaría:  |          |
| <i>Costos compartidos</i>      |          |
| <u>Deducibles</u>              | \$6,000  |
| <u>Copagos</u>                 | \$10     |
| <u>Coseguro</u>                | \$1,500  |
| <i>Lo que no está cubierto</i> |          |
| Límites o exclusiones          | \$60     |
| El total que Peg pagaría es    | \$7,570  |

**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>    | \$6,000 |
| ■ <u>Copago</u> para el <u>especialista</u>      | \$125   |
| ■ <u>Coseguro</u> del hospital (establecimiento) | 40%     |
| ■ Otro <u>coseguro</u> (análisis de sangre)      | 40%     |

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:  
Visitas en el consultorio del médico de atención primaria (*incluye la educación sobre enfermedades*)  
Exámenes de diagnóstico (*análisis de sangre*)  
Medicamentos con receta  
Equipo médico duradero (*glucómetro*)

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

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

|                                                  |         |
|--------------------------------------------------|---------|
| ■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>    | \$6,000 |
| ■ <u>Copago</u> para el <u>especialista</u>      | \$125   |
| ■ <u>Coseguro</u> del hospital (establecimiento) | 40%     |
| ■ Otro <u>coseguro</u> (radiografía)             | 40%     |

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

|                                |         |
|--------------------------------|---------|
| Costo total del ejemplo        | \$2,800 |
| En este ejemplo, Mia pagaría:  |         |
| <i>Costos compartidos</i>      |         |
| <u>Deducibles</u>              | \$2,000 |
| <u>Copagos</u>                 | \$400   |
| <u>Coseguro</u>                | \$100   |
| <i>Lo que no está cubierto</i> |         |
| Límites o exclusiones          | \$0     |
| El total que Mia pagaría es    | \$2,500 |

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

## Nondiscrimination Notice

Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (Kaiser Health Plan) complies with applicable federal and state civil rights laws and does not discriminate, exclude people or treat them differently on the basis of race, color, national origin (including limited English proficiency), age, disability, or sex (including sex characteristics, intersex traits; pregnancy or related conditions; sexual orientation; gender identity, and sex stereotypes).

Kaiser Health Plan:

- Provides people with disabilities reasonable modifications and free appropriate auxiliary aids and services 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
- Provide no cost language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need these services, call Member Services at **1-800-813-2000** (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, sex, gender identity, or sexual orientation, you can file a grievance with our Civil Rights Coordinator, by mail, phone, or fax. If you need help filing a grievance, our Civil Rights Coordinator is available to help you. You may contact our Civil Rights Coordinator at:

Member Relations Department  
Attention: Kaiser Civil Rights Coordinator  
500 NE Multnomah St., Suite 100  
Portland, OR 97232-2099  
Fax: **1-855-347-7239**

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  
Phone: **1-800-368-1019**  
TDD: **1-800-537-7697**

Complaint forms are available at [www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html).



**For Washington Members:**

You can also file a complaint with the Washington State Office of the Insurance Commissioner, electronically through the Office of the Insurance Commissioner Complaint portal, available at <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, or by phone at 1-800-562-6900, or 360-586-0241 (TDD). Complaint forms are available at <https://fortress.wa.gov/oic/online services/cc/pub/complaintinformation.aspx>.

This notice is available at <https://healthy.kaiserpermanente.org/oregon-washington/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 **1-800-813-2000**(TTY: 711).

**አማርኛ (Amharic) ትኩረት:** አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ ተገቢ የሆኑ ረዳት መርጃዎችን እና አገልግሎቶችን ጨምሮ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶች በነጻ ይገኛሉ። በ **1-800-813-2000** 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 **1-800-813-2000** (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 **1-800-813-2000** (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 **1-800-813-2000** 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 **1-800-813-2000** (TTY: 711).

**Deutsch (German) ACHTUNG:** Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen die Sprachassistentz mit entsprechenden Hilfsmitteln und Dienstleistungen kostenfrei zur Verfügung. Rufen Sie **1-800-813-2000** an (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。 **1-800-813-2000** までお電話ください (TTY: 711)。

**ខ្មែរ (Khmer) យកចិត្តទុកដាក់:** បើអ្នកនិយាយខ្មែរ សេវាជំនួយភាសា រួមទាំងជំនួយនិងសេវាសមស្រប ដោយឥតគិតថ្លៃ មានចំពោះអ្នក។ ហៅ **1-800-813-2000** (TTY: 711)។

**한국어 (Korean) 주의:** 한국어를 구사하실 경우, 필요한 보조 기기 및 서비스가 포함된 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다. **1-800-813-2000**로 전화해 주세요(TTY: 711).

**ລາວ (Laotian) ເອົາໃຈໃສ່:** ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ລວມທັງອຸປະກອນ ແລະ ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ເໝາະສົມ ຈະມີໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທ **1-800-813-2000** (TTY: 711).

**Afaan Oromoo (Oromo) XIYYEEFFANNOO:** Yoo Afaan Oromo dubbattu ta'e, Tajaajila gargaarsa afaanii, gargaarsota dabalataa fi tajaajiloota barbaachisoo kaffaltii irraa bilisa ta'an, isiniif ni jira. **1-800-813-2000** irratti bilbilaa (TTY:- **711**)

**ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi) ਧਿਆਨ ਦਿਓ:** ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਯੋਗ ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1-800-813-2000** (TTY:- **711**)।

**Română (Romanian) ATENȚIE:** Dacă vorbiți română, vă sunt disponibile gratuit servicii de asistență lingvistică, inclusiv ajutoare și servicii auxiliare adecvate. Sunați la **1-800-813-2000** (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 **1-800-813-2000** (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 **1-800-813-2000** (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 **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

**ไทย (Thai) โปรดทราบ:** หากท่านพูดภาษาไทย ท่านสามารถขอรับบริการช่วยเหลือด้านภาษา รวมทั้งเครื่องช่วยเหลือและบริการเสริมที่เหมาะสมได้ฟรี โทร **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

**Українська (Ukrainian) УВАГА!** Якщо ви володієте українською мовою, вам доступні безкоштовні послуги з мовної допомоги, включно із відповідною додатковою допомогою та послугами. Зателефонуйте за номером 1 800 813 2000 (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 **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

