

Todos los planes son ofrecidos y están garantizados por Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest



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 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? | \$9,000 por individuo/\$18,000 por familia. | En general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta la cantidad <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si usted tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada uno debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos del <u>deducible</u> que pagaron todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> general de la familia. |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ? | Sí. La <u>atención preventiva</u> y los servicios que se indican en la tabla que comienza en la página 2. | Este <u>plan</u> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <u>deducible</u> . Sin embargo, se podría aplicar un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin costos compartidos antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ . |
| ¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos? | 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> ? | \$9,000 por individuo/\$18,000 por familia. | El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada uno debe alcanzar su propio <u>límite de gastos de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> general de la familia. |
| ¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ? | Las <u>primas</u> , la atención médica que no cubre este <u>plan</u> y los servicios que se indican en la tabla que comienza en la página 2. | Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> . |
| ¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ? | Sí. Para obtener una lista de <u>proveedores participantes</u> , visite www.kp.org o llame al 1-800-813-2000 (TTY: 711). | Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> que esté incluido en la <u>red</u> del <u>plan</u> . 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 <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga (<u>facturación de saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios. |
| ¿Necesita una <u>derivación</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ? | Sí, pero puede autoderivarse a ciertos <u>especialistas</u> . | Este <u>plan</u> pagará algunos o todos los costos para ver a un <u>especialista</u> por servicios cubiertos, pero solo si tiene una <u>derivación</u> antes de ver al <u>especialista</u> . |

 Todos los **copagos** y el **coseguro** que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su **deducible**, si se aplica uno.

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará Proveedor seleccionado (Usted pagará el mínimo) | Lo que usted pagará Proveedor no participante (Usted pagará el máximo) | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|--|---|--|---|
| Si acude al consultorio o clínica del proveedor | Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión | \$40 las primeras 3 visitas; luego, sin costo. El deducible no se aplica a las primeras 3 visitas. | No está cubierto | Ninguna |
| | Consulta con un <u>especialista</u> | Sin costo | No está cubierto | Ninguna |
| | <u>Atención preventiva/ evaluación/vacunas</u> | Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica. | No está cubierto | Usted tendrá que pagar por los servicios que no son preventivos. Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son preventivos. Luego, consulte lo que su <u>plan</u> pagará. |
| Si se realiza un examen | <u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre) | Radiografías: sin costo; pruebas de laboratorio: 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 | Algunos servicios requieren autorización previa. |
| Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica Hay más información disponible sobre la <u>cobertura de medicamentos con receta médica</u> en www.kp.org/formulary | Medicamentos genéricos | Al por menor: \$30 por receta médica; orden por correo: \$60 por receta médica, el <u>deducible</u> no se aplica. | No está cubierto | Hasta un suministro de 30 días al por menor o hasta un suministro de 90 días en orden por correo. Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> . |
| | Medicamentos de marca preferidos | Al por menor y en orden por correo: 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 <u>lista de medicamentos</u> . |
| | Medicamentos de marca no preferidos | Al por menor y en orden por correo: 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 <u>lista de medicamentos</u> cuando estén aprobados mediante el proceso de excepciones. |
| | <u>Medicamentos de especialidad</u> | Al por menor y en orden por correo: sin costo | No está cubierto | Hasta un suministro de 30 días (al por menor). Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> cuando estén aprobados mediante el proceso de excepciones. |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará Proveedor seleccionado (Usted pagará el mínimo) | Lo que usted pagará Proveedor no participante (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 | Se requiere autorización previa. |
| | Tarifas del médico/cirujano | Sin costo | No está cubierto | Se requiere autorización previa. |
| Si necesita atención médica inmediata | <u>Atención en la Sala de Emergencias</u> | Sin costo | Sin costo | Ninguna |
| | <u>Transporte médico de emergencia</u> | Sin costo | Sin costo | Ninguna |
| | <u>Atención de urgencia</u> | Sin costo | No está cubierto | Los <u>proveedores</u> no participantes están cubiertos cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio: Sin costo |
| Si necesita hospitalización | Tarifa del centro (p. ej., habitación del 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, el <u>deducible</u> no se 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 | 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 seleccionado (Usted pagará el mínimo) | Lo que usted pagará Proveedor no participante (Usted pagará el máximo) | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|--|---|--|---|
| Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales | <u>Atención médica en el hogar</u> | Sin costo | No está cubierto | |
| | <u>Servicios de rehabilitación</u> | Paciente ambulatorio: sin costo; paciente hospitalizado: sin costo | No está cubierto | Paciente ambulatorio: Límite de 30 consultas por año. Se requiere autorización previa. Paciente hospitalizado: Se requiere autorización previa. |
| | <u>Servicios de habilitación</u> | Sin costo | No está cubierto | Límite de 30 consultas por año. Se requiere autorización previa. |
| | <u>Atención de enfermería especializada</u> | Sin costo | No está cubierto | Límite de 60 días por año. Se requiere autorización previa. |
| | <u>Equipo médico duradero</u> | Sin costo | No está cubierto | Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> . Se requiere autorización previa. |
| | <u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u> | Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica. | No está cubierto | Se requiere autorización previa. |
| Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista | Examen de la vista para niños | El examen de refracción no tiene costo, el <u>deducible</u> no se aplica. | No está cubierto | Limitado a 1 examen por año. |
| | Anteojos para niños | Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica | No está cubierto | Limitado a un par de armazones y lentes seleccionados, o un suministro de seis meses de lentes de contacto por año calendario. |
| | Control dental para niños | No está cubierto | No está cubierto | Ninguna |

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

| Servicios que su Plan, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos). | | |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Cirugía bariátrica ● Cirugía estética ● Atención dental (adultos y niños) ● Tratamiento para la infertilidad | <ul style="list-style-type: none"> ● Cuidados a largo plazo ● Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU. ● Enfermería privada ● Cuidado de los ojos de rutina (adultos) | <ul style="list-style-type: none"> ● Cuidado de los pies de rutina ● Programas para perder peso |
| Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan). | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ● Acupuntura (se limita a 12 visitas por año) | <ul style="list-style-type: none"> ● Atención quiropráctica (se limita a 20 visitas por año) | <ul style="list-style-type: none"> ● Audífonos (límite de 1 audífono por oído cada 36 meses) |

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 | 1-800-813-2000 (TTY: 711) o www.kp.org/memberservices |
| Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos | 1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa/healthreform |
| Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros | 1-877-267-2323 extensión 61565 o www.cciio.cms.gov |
| División de Regulación Financiera de Oregón | 1-888-877-4894 o www.dfr.oregon.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? Sí

Si su plan no cumple con el valor mínimo estándar, es posible que cumpla con los requisitos para recibir un crédito fiscal para primas del plan que lo ayudará a pagar un plan en el Mercado.

Servicio de acceso a idiomas:

[Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-813-2000 (TTY: 711).

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

[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).

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 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 general del plan</u> | \$9,000 |
| ■ Copago para el <u>especialista</u> | \$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*)

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 general del plan</u> | \$9,000 |
| ■ Copago para el <u>especialista</u> | \$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 con receta médica
Equipo médico duradero (*glucómetro*)

Fractura simple de Mia

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

| | |
|---|---------|
| ■ El <u>deducible general del plan</u> | \$9,000 |
| ■ Copago para el <u>especialista</u> | \$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 | \$12,700 |
|--------------------------------|-----------------|

En este ejemplo, Peg pagaría:

| <i>Costos compartidos</i> | |
|------------------------------------|----------------|
| <u>Deducibles</u> | \$9,000 |
| <u>Copagos</u> | \$0 |
| <u>Coseguro</u> | \$0 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| El total que Peg pagaría es | \$9,060 |

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

| <i>Costos compartidos</i> | |
|------------------------------------|----------------|
| <u>Deducibles</u> | \$200 |
| <u>Copagos</u> | \$900 |
| <u>Coseguro</u> | \$100 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Joe pagaría es | \$1,200 |

| | |
|--------------------------------|----------------|
| Costo total del ejemplo | \$2,800 |
|--------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Mia pagaría:

| <i>Costos compartidos</i> | |
|------------------------------------|----------------|
| <u>Deducibles</u> | \$2,800 |
| <u>Copagos</u> | \$10 |
| <u>Coseguro</u> | \$0 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Mia pagaría es | \$2,810 |

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