

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?	\$0	Consulte la tabla de Circunstancias médicas comunes abajo para conocer los costos de los servicios que cubre este <u>plan</u> .
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	No se aplica.	Este <u>plan</u> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <u>deducible</u> . Sin embargo, se podría aplicar un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	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> ?	\$2,200 por individuo/\$4,400 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> , los cargos por <u>facturación del saldo</u> , la atención médica que no cubre este <u>plan</u> y los servicios que se indican en la tabla que comienza en la página 2.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u> , visite www.kp.org o llame al 1-800-813-2000 (TTY: 711).	Pagará el mínimo si usa un <u>proveedor</u> al nivel de <u>proveedor dentro de la red</u> . Pagará más si usa un <u>proveedor</u> al nivel de <u>proveedor fuera de la red</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>).
¿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 dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará fuera de la red (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	\$5 por visita las primeras 3 visitas Visitas adicionales: \$20 por visita	\$40 por visita	Las primeras 3 visitas pueden ser cualquier combinación de atención primaria, servicios de salud mental y conductual, abuso de sustancias y otras visitas que reúnan los requisitos. <u>Proveedor fuera de la red</u> : Se limita a ciertos beneficios, hasta un máximo combinado de 10 visitas o servicios por año.
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$30 por visita	\$50 por visita	<u>Proveedor fuera de la red</u> : Se limita a ciertos beneficios, hasta un máximo combinado de 10 visitas o servicios por año.
	<u>Atención preventiva/ evaluación/vacunas</u>	Sin costo	Sin costo	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. <u>Proveedor fuera de la red</u> : Se limita a ciertos beneficios, hasta un máximo combinado de 10 visitas o servicios por año.
Si se realiza un examen	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	Radiografías: \$30 por visita. Pruebas de laboratorio: \$20 por visita.	Radiografías: \$50 por visita. Pruebas de laboratorio: \$40 por visita.	<u>Proveedor fuera de la red</u> : Se limita a ciertos beneficios, hasta un máximo combinado de 10 visitas o servicios por año.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	\$75 por visita	No está cubierto	Algunos servicios requieren autorización previa.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará fuera de la red (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
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	Al por menor: \$5 por receta médica; orden por correo: \$10 por receta médica	Al por menor: \$25 por receta médica	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> . <u>Proveedor fuera de la red</u> : Se limita a un máximo combinado de 5 abastecimientos de recetas médicas por año.
	Medicamentos de marca preferidos	Al por menor: \$15 por receta médica; orden por correo: \$30 por receta médica	Al por menor: \$35 por receta médica	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> . <u>Proveedor fuera de la red</u> : Se limita a un máximo combinado de 5 abastecimientos de recetas médicas por año.
	Medicamentos de marca no preferidos	Al por menor: \$50 por receta médica; orden por correo: \$100 por receta médica	Al por menor: \$70 por receta médica	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. Deben autorizarse a través del proceso para medicamentos no preferidos. <u>Proveedor fuera de la red</u> : Se limita a un máximo combinado de 5 abastecimientos de recetas médicas por año.
	<u>Medicamentos de especialidad</u>	Al por menor: 50% de <u>coseguro</u>	Al por menor: 50% de <u>coseguro</u>	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. <u>Proveedor fuera de la red</u> : Se limita a un máximo combinado de 5 abastecimientos de recetas médicas por año.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$100 por visita	No está cubierto	Se requiere autorización previa.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin costo	No está cubierto	Las tarifas del médico/cirujano están incluidas en la tarifa del centro.
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la Sala de Emergencias</u>	\$150 por visita	\$150 por visita	No se aplica el <u>copago</u> si ingresó al hospital directamente como paciente hospitalizado.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	\$150 por viaje	\$150 por viaje	Ninguna
	<u>Atención de urgencia</u>	\$40 por visita	\$40 por visita	Los <u>proveedores fuera de la red</u> están cubiertos solo cuando usted se encuentra fuera del área de servicio.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$300 por día hasta \$1,500 por admisión	No está cubierto	Se requiere autorización previa.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin costo	No está cubierto	Las tarifas del médico/cirujano están incluidas en la tarifa del centro.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará fuera de la red (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$5 por visita las primeras 3 visitas Visitas adicionales: \$20 por visita	\$40 por visita	Las primeras 3 visitas pueden ser cualquier combinación de atención primaria, servicios de salud mental y conductual, abuso de sustancias y otras visitas que reúnan los requisitos. <u>Proveedor fuera de la red</u> : Se limita a ciertos beneficios, hasta un máximo combinado de 10 visitas o servicios por año.
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$300 por día hasta \$1,500 por admisión	No está cubierto	Se requiere autorización previa.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin costo	Sin costo	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). <u>Proveedor fuera de la red</u> : Se limita a ciertos beneficios, hasta un máximo combinado de 10 visitas o servicios por año.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Sin costo	No está cubierto	Los servicios profesionales están incluidos en la tarifa del centro.
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	\$300 por día hasta \$1,500 por admisión	No está cubierto	Ninguna
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: \$30 por visita Paciente hospitalizado: \$300 por día hasta \$1,500 por admisión	Paciente ambulatorio: \$50 por visita Paciente hospitalizado: No está cubierto	Paciente ambulatorio: límite de 30 consultas por año. Se requiere autorización previa. Paciente hospitalizado: Se requiere autorización previa. <u>Proveedor fuera de la red</u> : Se limita a ciertos beneficios, hasta un máximo combinado de 10 visitas o servicios por año.
	<u>Servicios de habilitación</u>	\$30 por visita	\$50 por visita	Límite de 30 consultas por año. Se requiere autorización previa. <u>Proveedor fuera de la red</u> : Se limita a ciertos beneficios, hasta un máximo combinado de 10 visitas o servicios por año.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	\$300 por día hasta \$1,500 por admisión	No está cubierto	Límite de 60 días por año. Se requiere autorización previa.
	<u>Equipo médico duradero</u>	20% de <u>coseguro</u>	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	No está cubierto	Se requiere autorización previa.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará fuera de la red (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	El examen de refracción no tiene costo	\$40 por consulta para un examen de refracción	Limitado a 1 examen por año. <u>Proveedor fuera de la red</u> : Se limita a ciertos beneficios, hasta un máximo combinado de 10 visitas o servicios por año.
	Anteojos para niños	Sin costo	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 pies de rutina | <ul style="list-style-type: none"> ● 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) ● 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) ● Cuidado de los ojos de rutina (adultos) |
|--|--|

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos se muestra en la siguiente tabla. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.CuidadoDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por la denegación de una reclamación. Esta queja se denomina queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha reclamación médica. Los documentos de su plan también dan toda la información para presentar una reclamación, una apelación o una queja formal por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con los organismos que aparecen en la siguiente tabla.

Información de contacto para obtener información sobre sus derechos a continuar con su cobertura y sus derechos a presentar quejas o apelaciones:

Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente	1-800-813-2000 (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 deducible general del plan \$0
- Copago para el especialista \$30
- Copago del hospital (establecimiento) \$300
- Otro copago (análisis de sangre) \$20

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 deducible general del plan \$0
- Copago para el especialista \$30
- Copago del hospital (establecimiento) \$300
- Otro copago (análisis de sangre) \$20

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 deducible general del plan \$0
- Copago para el especialista \$30
- Copago del hospital (establecimiento) \$300
- Otro copago (radiografía) \$30

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

Costo total del ejemplo \$5,600

Costo total del ejemplo \$2,800

En este ejemplo, Peg pagaría:

En este ejemplo, Joe pagaría:

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$400
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$460

<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$600
<u>Coseguro</u>	\$10
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$610

<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$600
<u>Coseguro</u>	\$50
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$650