



KAISER PERMANENTE : KP OR Gold 0 w/ VX

Cobertura para: Individuo/Familia | Tipo de plan: EPOTodos 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](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?                                       | \$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 <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> ?   | \$8,800 por individuo/\$17,600 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 de la red</u> ?                    | Sí. Para obtener una lista de <u>proveedores</u> participantes, visite <a href="http://www.kp.org">www.kp.org</a> 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 del 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<br>Proveedor seleccionado<br>(Usted pagará el mínimo)       | Lo que usted pagará<br>Proveedor no participante<br>(Usted pagará el máximo) | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Si acude al consultorio o clínica del proveedor</b>                                                                                                                                                                                          | Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión                                                | \$5 por visita las primeras 3 visitas. Visitas adicionales: \$30 por visita     | No está cubierto                                                             | 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.                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | Consulta con un <u>especialista</u>                                                                                          | \$50 por visita                                                                 | No está cubierto                                                             | Ninguna                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | <u>Atención preventiva/ evaluación/vacunas</u>                                                                               | Sin costo                                                                       | 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.                        |
| <b>Si se realiza un examen</b>                                                                                                                                                                                                                  | <u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)                                                            | Radiografías: \$40 por visita.<br>Pruebas de laboratorio: \$30 por visita.      | No está cubierto                                                             | Ninguna                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | \$300 por visita                                                                | No está cubierto                                                             | Algunos servicios requieren autorización previa.                                                                                                                                                                    |
| <b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b><br>Hay más información disponible sobre la <b>cobertura de medicamentos con receta médica</b> en <a href="http://www.kp.org/formulary">www.kp.org/formulary</a> | Medicamentos genéricos                                                                                                       | Al por menor: \$15 por receta médica; orden por correo: \$30 por receta médica  | 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: \$50 por receta médica; orden por correo: \$100 por receta médica | 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: 50% de <u>coseguro</u> por receta médica    | 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: 50% de <u>coseguro</u>                                            | 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<br>Proveedor seleccionado<br>(Usted pagará el mínimo)   | Lo que usted pagará<br>Proveedor no participante<br>(Usted pagará el máximo) | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>                                              | Tarifa del centro<br>(p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | \$300 por visita                                                            | No está cubierto                                                             | Se requiere autorización previa.                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                         | Tarifas del médico/cirujano                                  | Sin costo                                                                   | No está cubierto                                                             | Se requiere autorización previa.                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b>                                            | <u>Atención en la Sala de Emergencias</u>                    | \$500 por visita                                                            | \$500 por visita                                                             | No se aplica el <u>copago</u> si ingresó al hospital directamente como paciente hospitalizado.                                                                                                                                            |
|                                                                                         | <u>Transporte médico de emergencia</u>                       | \$200 por viaje                                                             | \$200 por viaje                                                              | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                         | <u>Atención de urgencia</u>                                  | \$60 por visita                                                             | \$60 por visita                                                              | Los <u>proveedores</u> no participantes no están cubiertos dentro del área de servicio.                                                                                                                                                   |
| <b>Si necesita hospitalización</b>                                                      | Tarifa del centro<br>(p. ej., habitación del hospital)       | \$500 por día hasta \$2,500 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.                                                                                                                                                                  |
| <b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b> | Servicios para pacientes ambulatorios                        | \$5 por visita las primeras 3 visitas. Visitas adicionales: \$30 por visita | No está cubierto                                                             | 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.                                                      |
|                                                                                         | Servicios para pacientes hospitalizados                      | \$500 por día hasta \$2,500 por admisión                                    | No está cubierto                                                             | Se requiere autorización previa.                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Si está embarazada</b>                                                               | Visitas al consultorio                                       | Sin costo                                                                   | 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                                                             | Los servicios profesionales están incluidos en la tarifa del centro.                                                                                                                                                                      |
|                                                                                         | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto        | \$500 por día hasta \$2,500 por admisión                                    | No está cubierto                                                             | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                   |

| Circunstancia médica común                                                        | Servicios que podría necesitar                         | Lo que usted pagará<br>Proveedor seleccionado<br>(Usted pagará el mínimo)                               | Lo que usted pagará<br>Proveedor no participante<br>(Usted pagará el máximo) | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales</b> | <u>Atención médica en el hogar</u>                     | Sin costo                                                                                               | No está cubierto                                                             | Límite de 130 consultas por año. Se requiere autorización previa.                                                                               |
|                                                                                   | <u>Servicios de rehabilitación</u>                     | Paciente ambulatorio: \$50 por visita; paciente hospitalizado: \$500 por día hasta \$2,500 por admisión | 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>                       | \$50 por visita                                                                                         | No está cubierto                                                             | Límite de 30 consultas por año. Se requiere autorización previa.                                                                                |
|                                                                                   | <u>Atención de enfermería especializada</u>            | \$500 por día hasta \$2,500 por admisión                                                                | No está cubierto                                                             | Límite de 60 días por año. Se requiere autorización previa.                                                                                     |
|                                                                                   | <u>Equipo médico duradero</u>                          | 40% 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.                                                                                                                |
| <b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>                       | Examen de la vista para niños                          | El examen de refracción no tiene costo                                                                  | No está cubierto                                                             | Limitado a 1 examen 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                              | Sin costo                                                                                               | Sin costo                                                                    | Ninguna                                                                                                                                         |

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

| Servicios que su <u>Plan</u> , por lo general, <b>NO</b> cubre (consulte la póliza o documento del plan 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> <li>• Tratamiento para la infertilidad</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> <li>• Enfermería privada</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 <u>plan</u> ). |                                                                                                                                                                                |                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acupuntura (se limita a 12 visitas por año)</li> </ul>                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención quiropráctica (se limita a 20 visitas por año)</li> <li>• Audífonos (límite de 1 audífono por oído cada 36 meses)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado de los ojos de rutina (adultos)</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 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 <a href="http://www.kp.org/memberservices">www.kp.org/memberservices</a> |
| Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos | 1-866-444-3272 o <a href="http://www.dol.gov/ebsa/healthreform">www.dol.gov/ebsa/healthreform</a>    |
| Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros  | 1-877-267-2323 extensión 61565 o <a href="http://www.cciio.cms.gov">www.cciio.cms.gov</a>            |
| División de Regulación Financiera de Oregón                                                              | 1-888-877-4894 o <a href="http://www.dfr.oregon.gov">www.dfr.oregon.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? 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).

Traditional Chinese (中文): 如果需要中文的幫助, 請撥打這個號碼 1-800-813-2000 (TTY: 711).

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

Pennsylvania Dutch (Deutsch): Fer Hilf griege in Deutsch, ruf 1-800-813-2000 (TTY: 711) uff.

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

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

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

Chamorro (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, â'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.**



**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>  | \$0   |
| ■ <u>Copago</u> para el <u>especialista</u>    | \$50  |
| ■ <u>Copago</u> del hospital (establecimiento) | \$500 |
| ■ Otro <u>copago</u> (análisis de sangre)      | \$30  |

#### 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>                  | \$0          |
| <u>Copagos</u>                     | \$700        |
| <u>Coseguro</u>                    | \$0          |
| <i>Lo que no está cubierto</i>     |              |
| Límites o exclusiones              | \$60         |
| <b>El total que Peg pagaría es</b> | <b>\$760</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 <u>deducible</u> general del <u>plan</u>  | \$0   |
| ■ <u>Copago</u> para el <u>especialista</u>    | \$50  |
| ■ <u>Copago</u> del hospital (establecimiento) | \$500 |
| ■ Otro <u>copago</u> (análisis de sangre)      | \$30  |

#### 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>                  | \$0            |
| <u>Copagos</u>                     | \$1,100        |
| <u>Coseguro</u>                    | \$30           |
| <i>Lo que no está cubierto</i>     |                |
| Límites o exclusiones              | \$0            |
| <b>El total que Joe pagaría es</b> | <b>\$1,130</b> |

### Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

|                                                |       |
|------------------------------------------------|-------|
| ■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>  | \$0   |
| ■ <u>Copago</u> para el <u>especialista</u>    | \$50  |
| ■ <u>Copago</u> del hospital (establecimiento) | \$500 |
| ■ Otro <u>copago</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*)

|                                |                |
|--------------------------------|----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b> | <b>\$2,800</b> |
|--------------------------------|----------------|

#### En este ejemplo, Mia pagaría:

| <i>Costos compartidos</i>          |                |
|------------------------------------|----------------|
| <u>Deducibles</u>                  | \$0            |
| <u>Copagos</u>                     | \$1,200        |
| <u>Coseguro</u>                    | \$100          |
| <i>Lo que no está cubierto</i>     |                |
| Límites o exclusiones              | \$0            |
| <b>El total que Mia pagaría es</b> | <b>\$1,300</b> |

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
- Provides no cost language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need these services, call 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** (تلفن متنی: **711**) تماس بگیرید.

**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**).