



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



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado.

**Este es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, consulte

<https://kp.org/plandocuments> o llame al 1-800-290-8900 (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 1-800-290-8900 (TTY: 711) para pedir una copia.

| Preguntas importantes                                                       | Respuestas                                                                                                                                                         | Por qué es importante:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Cuánto es el <u>deducible</u> total?                                       | \$1,000 por individuo/\$2,000 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 <u>costos compartidos</u> antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de servicios preventivos 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> ?   | \$7,000 por individuo/\$14,000 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> , los cargos por facturación de saldo y la atención médica que no cubre este <u>plan</u> 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 <a href="http://www.kp.org">www.kp.org</a> o llame al 1-800-290-8900 (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 plan. Pagará más si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su <u>plan</u> paga ( <u>facturación de saldo</u> ). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios. |
| ¿Necesita una <u>derivación</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 del plan<br>(Usted pagará el mínimo)                                                                                                                                                                                           | Lo que usted pagará<br>Proveedor fuera del plan<br>(Usted pagará el máximo) | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Si acude al consultorio o clínica del <u>proveedor</u></b>                                                                                                                                                                                           | Consulta de atención primaria para tratar una afección o lesión                                                              | \$15 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica.                                                                                                                                                                                                              | No está cubierto                                                            | Ninguna                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                         | Consulta con un <u>especialista</u>                                                                                          | \$40 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica.                                                                                                                                                                                                              | 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 <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.                      |
| <b>Si se realiza un examen</b>                                                                                                                                                                                                                          | <u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)                                                            | Radiografías: \$30 por visita; el <u>deducible</u> no se aplica para las radiografías y los diagnósticos por imágenes. Pruebas de laboratorio: \$20 por visita; el <u>deducible</u> no se aplica para las pruebas de laboratorio y los servicios profesionales. | No está cubierto                                                            | Ninguna                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                         | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | \$300 por visita                                                                                                                                                                                                                                                | No está cubierto                                                            | Se requiere <u>autorización previa</u> .                                                                                                                                                                                          |
| <b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica</b><br>Hay más información disponible sobre la cobertura de <u>medicamentos con receta médica</u> en <a href="http://kp.org/wa/7formulary2026">kp.org/wa/7formulary 2026</a> | Medicamentos genéricos preferidos                                                                                            | \$10 por <u>receta médica</u> , 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. Los anticonceptivos no tienen costo, el <u>deducible</u> no se aplica. Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> . |
|                                                                                                                                                                                                                                                         | Medicamentos de marca preferidos                                                                                             | \$60 por <u>receta médica</u> , 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 genéricos y de marca no preferidos                                                                              | \$100 por <u>receta médica</u> , 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> .                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                         | <u>Medicamentos especializados</u>                                                                                           | \$100 por <u>receta médica</u> , el <u>deducible</u> no se aplica.                                                                                                                                                                                              | No está cubierto                                                            | Hasta un suministro de 30 días al por menor.                                                                                                                                                                                      |

| Circunstancia médica común                                                       | Servicios que podría necesitar                            | Lo que usted pagará<br>Proveedor del plan<br>(Usted pagará el mínimo)       | Lo que usted pagará<br>Proveedor fuera del plan<br>(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) | \$350 por visita                                                            | No está cubierto                                                            | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                  | Tarifas del médico/cirujano                               | \$75 por visita                                                             | No está cubierto                                                            | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                   |
| Si necesita atención médica inmediata                                            | <u>Atención en la Sala de Emergencias</u>                 | \$450 por visita                                                            | \$450 por visita                                                            | Debe notificar a Kaiser Permanente dentro de las 24 horas si recibe servicios de un <u>proveedor fuera del plan</u> . Se limita únicamente a emergencias iniciales.                                                                       |
|                                                                                  | <u>Transporte médico de emergencia</u>                    | \$375 por viaje, el <u>deducible</u> no se aplica                           | \$375 por viaje, el <u>deducible</u> no se aplica                           | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                  | <u>Atención de urgencia</u>                               | \$35 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica                           | \$450 por visita                                                            | Los <u>proveedores fuera del plan</u> no están cubiertos dentro del área de servicio.                                                                                                                                                     |
| Si necesita hospitalización                                                      | Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)   | \$525 por día, hasta \$2,625 por admisión; el <u>deducible</u> no se aplica | No está cubierto                                                            | Se requiere <u>autorización previa</u> .                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                  | Tarifas del médico/cirujano                               | Incluido en la tarifa del centro                                            | No está cubierto                                                            | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                   |
| Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias | Servicios para pacientes ambulatorios                     | \$15 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica.                          | No está cubierto                                                            | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                  | Servicios para pacientes hospitalizados                   | \$525 por día, hasta \$2,625 por admisión; el <u>deducible</u> no se aplica | No está cubierto                                                            | Se requiere <u>autorización previa</u> .                                                                                                                                                                                                  |
| 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     | Incluido en la tarifa del centro                                            | No está cubierto                                                            | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                  | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto     | \$525 por día, hasta \$2,625 por admisión; el <u>deducible</u> no se aplica | No está cubierto                                                            | Debe notificar a Kaiser Permanente dentro de las 24 horas de la admisión o tan pronto como sea médicamente posible. Los costos compartidos de los servicios para recién nacidos están separados de los de la madre.                       |

| Circunstancia médica común                                                                 | Servicios que podría necesitar                         | Lo que usted pagará<br>Proveedor del plan<br>(Usted pagará el mínimo)                                                                                                           | Lo que usted pagará<br>Proveedor fuera del plan<br>(Usted pagará el máximo) | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b> | <u>Atención médica en el hogar</u>                     | \$15 por día, el <u>deducible</u> no se aplica.                                                                                                                                 | No está cubierto                                                            | Límite de 130 consultas por año. Se requiere <u>autorización previa</u> .                                                                                                                                                            |
|                                                                                            | <u>Servicios de rehabilitación</u>                     | Paciente ambulatorio: \$25 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica.<br>paciente hospitalizado: \$525 por día, hasta \$2,625 por admisión; el <u>deducible</u> no se aplica | No está cubierto                                                            | Paciente ambulatorio: límite de 25 consultas por año.<br>Paciente hospitalizado: límite de 30 días por año (se requiere <u>autorización previa</u> ).<br>La cobertura de servicios por diagnósticos de salud mental no tiene límite. |
|                                                                                            | <u>Servicios de habilitación</u>                       | Paciente ambulatorio: \$25 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica.<br>paciente hospitalizado: \$525 por día, hasta \$2,625 por admisión; el <u>deducible</u> no se aplica | No está cubierto                                                            | Paciente ambulatorio: límite de 25 consultas por año.<br>Paciente hospitalizado: límite de 30 días por año (se requiere <u>autorización previa</u> ).<br>La cobertura de servicios por diagnósticos de salud mental no tiene límite. |
|                                                                                            | <u>Atención de enfermería especializada</u>            | \$350 por día                                                                                                                                                                   | No está cubierto                                                            | Límite de 60 días por año. Se requiere <u>autorización previa</u> .                                                                                                                                                                  |
|                                                                                            | <u>Equipo médico duradero</u>                          | 20% de <u>coseguro</u>                                                                                                                                                          | No está cubierto                                                            | Se requiere <u>autorización previa</u> .                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                            | <u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u> | Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica.                                                                                                                                    | No está cubierto                                                            | Se requiere <u>autorización previa</u> . Atención de relevo para pacientes hospitalizados o ambulatorios limitada a un máximo de 14 días de por vida.                                                                                |
| <b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>                                | Examen de la vista para niños                          | Sin costo, el <u>deducible</u> no 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, o lentes de contacto cada 12 meses.                                                                                                                                                         |
|                                                                                            | Controlo dental para niños                             | No está cubierto                                                                                                                                                                | 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 el 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 y niños)</li> </ul>                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Tratamiento para la infertilidad (a excepción de la 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>● Programas para perder peso</li> </ul> |  |

**Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).**

- Aborto
- Atención quiropráctica (10 visitas por año)
- Cuidado de los ojos de rutina (adultos)
- Acupuntura
- Audífonos (límite de 1 audífono por oído cada 36 meses)
- Cuidado de los pies de rutina

**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 | 1-800-290-8900 (TTY: 711) o <a href="https://wa.kaiserpermanente.org/html/public/member-services">https://wa.kaiserpermanente.org/html/public/member-services</a> |
| Oficina del Comisionado de Seguros           | 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 1-800-290-8900 (TTY: 711)

TAGALOG (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-290-8900 (TTY: 711)

TRADITIONAL CHINESE (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-800-290-8900 (TTY: 711)

PENNSYLVANIA DUTCH (Deutsch): Fer Hilf griege in Deutsch, ruf 1-800-290-8900 (TTY: 711) uff

NAVAJO (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-290-8900 (TTY: 711)

SAMOAN (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-800-290-8900 (TTY: 711)

CAROLINIAN (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut allis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-800-290-8900 (TTY: 711)

CHAMORRO (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, à'gang 1-800-290-8900 (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<br>(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                 | Control de la diabetes tipo 2 de Joe<br>(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)                                                                                                                                                                                                        |                | Fractura simple de Mia<br>(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)                                                                                                                                                                                                         |                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| ■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | \$1,000         | ■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                   | \$1,000        | ■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>                                                                                                                                                                                                                                                                  | \$1,000        |
| ■ <u>Copago</u> para el <u>especialista</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | \$40            | ■ <u>Copago</u> para el <u>especialista</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                     | \$40           | ■ <u>Copago</u> para el <u>especialista</u>                                                                                                                                                                                                                                                                    | \$40           |
| ■ <u>Copago</u> del hospital (establecimiento)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | \$525           | ■ <u>Copago</u> del hospital (establecimiento)                                                                                                                                                                                                                                                                                  | \$525          | ■ <u>Copago</u> del hospital (establecimiento)                                                                                                                                                                                                                                                                 | \$525          |
| ■ Otro <u>copago</u> (análisis de sangre)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | \$20            | ■ Otro <u>copago</u> (análisis de sangre)                                                                                                                                                                                                                                                                                       | \$20           | ■ Otro <u>copago</u> (radiografía)                                                                                                                                                                                                                                                                             | \$30           |
| Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:<br>Visitas al consultorio del <u>especialista</u> ( <i>atención prenatal</i> )<br>Servicios profesionales para el nacimiento y el parto<br>Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto<br><u>Exámenes de diagnóstico</u> ( <i>ecografías y análisis de sangre</i> )<br>Consulta con un <u>especialista</u> ( <i>anestesia</i> ) |                 | Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:<br>Visitas en el consultorio del <u>médico de atención primaria</u> ( <i>incluye la educación sobre enfermedades</i> )<br><u>Exámenes de diagnóstico</u> ( <i>análisis de sangre</i> )<br><u>Medicamentos por recetas</u><br><u>Equipo médico duradero</u> ( <i>glucómetro</i> ) |                | Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:<br><u>Atención en la Sala de Emergencias</u> ( <i>incluye suministros médicos</i> )<br><u>Exámenes de diagnóstico</u> ( <i>radiografías</i> )<br><u>Equipo médico duradero</u> ( <i>muletas</i> )<br><u>Servicios de rehabilitación</u> ( <i>fisioterapia</i> ) |                |
| <b>Costo total del ejemplo</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>\$12,700</b> | <b>Costo total del ejemplo</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>\$5,600</b> | <b>Costo total del ejemplo</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>\$2,800</b> |
| <b>En este ejemplo, Peg pagaría:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                 | <b>En este ejemplo, Joe pagaría:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                | <b>En este ejemplo, Mia pagaría:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                           |                |
| <i>Costos compartidos</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                 | <i>Costos compartidos</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                | <i>Costos compartidos</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                |
| <u>Deducibles</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | \$1,000         | <u>Deducibles</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | \$0            | <u>Deducibles</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                              | \$1,000        |
| <u>Copagos</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | \$700           | <u>Copagos</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | \$1,200        | <u>Copagos</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | \$800          |
| <u>Coseguro</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | \$0             | <u>Coseguro</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | \$0            | <u>Coseguro</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                | \$10           |
| <i>Lo que no está cubierto</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                 | <i>Lo que no está cubierto</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                | <i>Lo que no está cubierto</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                |
| Límites o exclusiones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | \$20            | Límites o exclusiones                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | \$0            | Límites o exclusiones                                                                                                                                                                                                                                                                                          | \$0            |
| <b>El total que Peg pagaría es</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>\$1,720</b>  | <b>El total que Joe pagaría es</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>\$1,200</b> | <b>El total que Mia pagaría es</b>                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>\$1,810</b> |

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

## Nondiscrimination Notice

Kaiser Foundation Health Plan of Washington and Kaiser Foundation Health Plan of Washington Options, Inc. ("Kaiser Permanente") complies with applicable Federal and Washington state civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, sexual orientation, or gender identity. Kaiser Permanente does not exclude people or treat them less favorably because of race, color, national origin (including limited English proficiency and primary language), age, disability, sex, sex characteristics (including intersex traits), pregnancy (or related conditions), sex stereotypes, sexual orientation, or gender identity. We also:

- Provide 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 (large print, braille, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provide free language assistance services to people whose primary language is not English, which may include:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need reasonable modifications, appropriate auxiliary aids and services, or language assistance services, contact Member Services at **1-888-901-4636 (TTY 711)**.

If you believe that Kaiser Permanente has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin (including limited English proficiency and primary language), age, disability, sex, sex characteristics (including intersex traits), pregnancy (or related conditions), sex stereotypes, sexual orientation, or gender identity, you can file a grievance with our Civil Rights Coordinator at P.O. Box 35191, Mail Stop: RCR-A1N-22, Seattle, WA 98124-5191 or by calling **1-888-901-4636 (TTY 711)**. You can file a grievance in person or by mail, phone, or online at **[kp.org/wa/feedback](http://kp.org/wa/feedback)**. If you need help filing a grievance, our Civil Rights Coordinator is available to help you.

The notice of nondiscrimination is available at **<https://healthy.kaiserpermanente.org/washington/language-assistance/nondiscrimination-notice>**

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; **1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**. Complaint forms are available at **<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>**
- 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 **800-562-6900, 360-586-0241 (TDD)**. Complaint forms are available at **<https://fortress.wa.gov/oic/online-services/cc/pub/complaintinformation.aspx>**

## Help in your language

**English: ATTENTION:** If you speak a language other than English, language assistance services including appropriate auxiliary aids and services, free of charge, are available to you. Call **1-888-901-4636 (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 **1-888-901-4636 (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 **1-888-901-4636 (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 **1-888-901-4636 (TTY 711)**.

**한국어 (Korean) 주의:** 한국어를 구사하실 경우, 필요한 보조 기기 및 서비스가 포함된 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다. **1-888-901-4636**로 전화해 주세요(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 **1-888-901-4636 (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 **1-888-901-4636 (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 **1-888-901-4636 (TTY 711)**.

**ខ្មែរ (Khmer) យកចិត្តទុកដាក់៖** បើអ្នកនិយាយខ្មែរ សេវាជំនួយភាសា រួមទាំងជំនួយនិងសេវាសមស្រប ដោយឥតគិតថ្លៃ មានចំពោះអ្នក។ ហៅ **1-888-901-4636 (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。 **1-888-901-4636** までお電話ください(TTY 711)。

**አማርኛ (Amharic) ትኩረት፡** አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ ተገቢ የሆኑ ረዳት መርጃዎችን እና አገልግሎቶችን ጨምሮ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶች በነጻ ይገኛሉ። በ **1-888-901-4636** ይደውሉ (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. **1-888-901-4636** irratti bilbilaa (TTY 711).

**ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi) ਧਿਆਨ ਧਿਓ:** ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਯੋਗ ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1-888-901-4636 (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 **1-888-901-4636 (TTY 711)**.

**Deutsch (German) ACHTUNG:** Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen die Sprachassistentz mit entsprechenden Hilfsmitteln und Dienstleistungen kostenfrei zur Verfügung. Rufen Sie **1-888-901-4636** an (TTY 711).

**ລາວ (Laotian) ເອົາໃຈໃສ່:** ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ລວມທັງອຸປະກອນ ແລະ ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ເໝາະສົມ ຈະມີໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທ **1-888-901-4636 (TTY 711)**.

International Symbol for ASL  
(American Sign Language):



This page is intentionally left blank.