



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?	\$0 en un proveedor de atención médica indígena (IHCP) o en un proveedor que no sea IHCP con una referencia de un IHCP; o \$2,500 por individuo/\$5,000 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 https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No debe pagar <u>deducibles</u> por servicios específicos.
¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	\$9,750 por individuo/\$19,500 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 www.kp.org 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 Proveedor de atención médica indígena (IHCP) (Usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará Proveedor del plan que no sea IHCP (Usted pagará más)	Lo que usted pagará Proveedor fuera del plan que no sea IHCP (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si acude al consultorio o clínica del <u>proveedor</u>	Consulta de atención primaria para tratar una afección o lesión	Sin costo	\$1 por visita las primeras 2 visitas, el <u>deducible</u> no se aplica. Visitas adicionales: \$20 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica.	No está cubierto	No se aplican los <u>costos compartidos</u> a los proveedores que no sean IHCP si se cuenta con una <u>referencia</u> .
	Consulta con un <u>especialista</u>	Sin costo	\$65 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica.	No está cubierto	No se aplican los <u>costos compartidos</u> a los proveedores que no sean IHCP si se cuenta con una <u>referencia</u> .
	<u>Atención preventiva/</u> <u>evaluación/vacunas</u>	Sin costo	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> .
Si se realiza un examen	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	Sin costo	Radiografías: \$65 por visita; el <u>deducible</u> no se aplica para las radiografías y los diagnósticos por imágenes. Pruebas de laboratorio: \$40 por visita; el <u>deducible</u> no se aplica para las pruebas de laboratorio y los servicios profesionales.	No está cubierto	No se aplican los <u>costos compartidos</u> a los proveedores que no sean IHCP si se cuenta con una <u>referencia</u> .
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	Sin costo	30% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	No se aplican los <u>costos compartidos</u> a los proveedores que no sean IHCP si se cuenta con una <u>referencia</u> . Se requiere <u>autorización previa</u> .

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor de atención médica indígena (IHCP) (Usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará Proveedor del plan que no sea IHCP (Usted pagará más)	Lo que usted pagará Proveedor fuera del plan que no sea IHCP (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica Hay más información disponible sobre la <u>cobertura de medicamentos con receta médica en kp.org/wa/7formulary2026</u>	Medicamentos genéricos preferidos	Sin costo	\$25 por <u>receta médica</u> , el <u>deducible</u> no se aplica.	No está cubierto	No se aplican los <u>costos compartidos</u> a los proveedores que no sean IHCP si se cuenta con una <u>referencia</u> . 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	Sin costo	\$75 por <u>receta médica</u> , el <u>deducible</u> no se aplica.	No está cubierto	No se aplican los <u>costos compartidos</u> a los proveedores que no sean IHCP si se cuenta con una <u>referencia</u> . 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	Sin costo	\$250 por <u>receta médica</u>	No está cubierto	No se aplican los <u>costos compartidos</u> a los proveedores que no sean IHCP si se cuenta con una <u>referencia</u> . 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>	Sin costo	\$250 por <u>receta médica</u>	No está cubierto	No se aplican los <u>costos compartidos</u> a los proveedores que no sean IHCP si se cuenta con una <u>referencia</u> . Hasta un suministro de 30 días al por menor.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin costo	\$600 por visita	No está cubierto	No se aplican los <u>costos compartidos</u> a los proveedores que no sean IHCP si se cuenta con una <u>referencia</u> .
	Tarifas del médico/cirujano	Sin costo	\$200 por visita	No está cubierto	No se aplican los <u>costos compartidos</u> a los proveedores que no sean IHCP si se cuenta con una <u>referencia</u> .

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor de atención médica indígena (IHCP) (Usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará Proveedor del plan que no sea IHCP (Usted pagará más)	Lo que usted pagará Proveedor fuera del plan que no sea IHCP (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la Sala de Emergencias</u>	Sin costo	\$800 por visita	\$800 por visita	No se aplican los <u>costos compartidos</u> a los proveedores que no sean IHCP si se cuenta con una <u>referencia</u> . 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>	Sin costo	\$375 por viaje, el <u>deducible</u> no se aplica	\$375 por viaje, el <u>deducible</u> no se aplica	No se aplican los <u>costos compartidos</u> a los proveedores que no sean IHCP si se cuenta con una <u>referencia</u> .
	<u>Atención de urgencia</u>	Sin costo	\$65 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica.	\$800 por visita	No se aplican los <u>costos compartidos</u> a los proveedores que no sean IHCP si se cuenta con una <u>referencia</u> . 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)	Sin costo	\$800 por día hasta \$4,000 por admisión.	No está cubierto	No se aplican los <u>costos compartidos</u> a los proveedores que no sean IHCP si se cuenta con una <u>referencia</u> . Se requiere <u>autorización previa</u> .
	Tarifas del médico/cirujano	Sin costo	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	Sin costo	\$1 por visita las primeras 2 visitas al consultorio, el <u>deducible</u> no se aplica. Visitas adicionales: \$20 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica. Otros servicios para pacientes ambulatorios: \$30 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica.	No está cubierto	Las primeras 2 visitas pueden ser cualquier combinación de servicios de salud mental y conductual y por abuso de sustancias, y otras visitas que reúnan los requisitos. No se aplican los <u>costos compartidos</u> a los proveedores que no sean IHCP si se cuenta con una <u>referencia</u> .
	Servicios para pacientes hospitalizados	Sin costo	\$800 por día hasta \$4,000 por admisión.	No está cubierto	No se aplican los <u>costos compartidos</u> a los proveedores que no sean IHCP si se cuenta con una <u>referencia</u> . Se requiere <u>autorización previa</u> .

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor de atención médica indígena (IHCP) (Usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará Proveedor del plan que no sea IHCP (Usted pagará más)	Lo que usted pagará Proveedor fuera del plan que no sea IHCP (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin costo	Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica.	No está cubierto	No se aplican los <u>costos compartidos</u> a los proveedores que no sean IHCP si se cuenta con una <u>referencia</u> . 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.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Sin costo	Incluido en la tarifa del centro	No está cubierto	No se aplican los <u>costos compartidos</u> a los proveedores que no sean IHCP si se cuenta con una <u>referencia</u> .
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	Sin costo	\$800 por día hasta \$4,000 por admisión.	No está cubierto	No se aplican los <u>costos compartidos</u> a los proveedores que no sean IHCP si se cuenta con una <u>referencia</u> . Los costos compartidos de los servicios para recién nacidos están separados de los de la madre.
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Atención médica en el hogar</u>	Sin costo	\$30 por día, el <u>deducible</u> no se aplica.	No está cubierto	Límite de 130 consultas por año. No se aplican los <u>costos compartidos</u> a los proveedores que no sean IHCP si se cuenta con una <u>referencia</u> . Se requiere <u>autorización previa</u> .
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Sin costo	Paciente ambulatorio: \$40 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica; Paciente hospitalizado: \$800 por día hasta \$4,000 por admisión	No está cubierto	Paciente ambulatorio: límite de 25 consultas por año. Paciente hospitalizado: límite de 30 días por año (se requiere <u>autorización previa</u>). La cobertura de servicios por diagnósticos de salud mental no tiene límite. No se aplican los <u>costos compartidos</u> a los proveedores que no sean IHCP si se cuenta con una <u>referencia</u> .

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor de atención médica indígena (IHCP) (Usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará Proveedor del plan que no sea IHCP (Usted pagará más)	Lo que usted pagará Proveedor fuera del plan que no sea IHCP (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Sin costo	Paciente ambulatorio: \$40 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica; Paciente hospitalizado: \$800 por día hasta \$4,000 por admisión	No está cubierto	Paciente ambulatorio: límite de 25 consultas por año. Paciente hospitalizado: límite de 30 días por año (se requiere <u>autorización previa</u>). La cobertura de servicios por diagnósticos de salud mental no tiene límite. No se aplican los <u>costos compartidos</u> a los proveedores que no sean IHCP si se cuenta con una <u>referencia</u> .
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	Sin costo	\$800 por día	No está cubierto	Límite de 60 días por año. Se requiere <u>autorización previa</u> . No se aplican los <u>costos compartidos</u> a los proveedores que no sean IHCP si se cuenta con una <u>referencia</u> .
	<u>Equipo médico duradero</u>	Sin costo	30% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	No se aplican los <u>costos compartidos</u> a los proveedores que no sean IHCP si se cuenta con una <u>referencia</u> . Se requiere <u>autorización previa</u> .
	<u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u>	Sin costo	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.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin costo	Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica.	No está cubierto	Limitado a 1 examen por año
	Anteojos para niños	Sin costo	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	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>).		
● Cirugía bariátrica ● Cirugía estética ● Atención dental (adultos y niños)	● Tratamiento para la infertilidad (a excepción de la inseminación artificial) ● Cuidados a largo plazo ● Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.	● Enfermería privada ● Programas para perder peso

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

- 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 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 https://wa.kaiserpermanente.org/html/public/member-services
Oficina del Comisionado de Seguros	1-800-562-6900 o www.insurance.wa.gov

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles a través del Mercado u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de cobertura esencial mínima, tal vez no sea elegible para el crédito fiscal para primas del plan.

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? 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 Deitsch, 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 (9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)		Control de la diabetes tipo 2 de Joe (un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)		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>	\$2,500	■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$2,500	■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$2,500
■ <u>Copago</u> para el <u>especialista</u>	\$65	■ <u>Copago</u> para el <u>especialista</u>	\$65	■ <u>Copago</u> para el <u>especialista</u>	\$65
■ <u>Copago</u> del hospital (establecimiento)	\$800	■ <u>Copago</u> del hospital (establecimiento)	\$800	■ <u>Copago</u> del hospital (establecimiento)	\$800
■ Otro <u>copago</u> (análisis de sangre)	\$40	■ Otro <u>copago</u> (análisis de sangre)	\$40	■ Otro <u>copago</u> (radiografía)	\$65
Este EJEMPLO de evento incluye servicios como: Visitas al consultorio del <u>especialista</u> (<i>atención prenatal</i>) Servicios profesionales para el nacimiento y el parto Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto <u>Exámenes de diagnóstico</u> (<i>ecografías y análisis de sangre</i>) Consulta con un <u>especialista</u> (<i>anestesia</i>)		Este EJEMPLO de evento incluye servicios como: Visitas en el consultorio del <u>médico de atención primaria</u> (<i>incluye la educación sobre enfermedades</i>) <u>Exámenes de diagnóstico</u> (<i>análisis de sangre</i>) <u>Medicamentos por recetas</u> <u>Equipo médico duradero</u> (<i>glucómetro</i>)		Este EJEMPLO de evento incluye servicios como: <u>Atención en la Sala de Emergencias</u> (<i>incluye suministros médicos</i>) <u>Exámenes de diagnóstico</u> (<i>radiografías</i>) <u>Equipo médico duradero</u> (<i>muletas</i>) <u>Servicios de rehabilitación</u> (<i>fisioterapia</i>)	
Costo total del ejemplo	\$12,700	Costo total del ejemplo	\$5,600	Costo total del ejemplo	\$2,800
En este ejemplo, Peg pagaría:		En este ejemplo, Joe pagaría:		En este ejemplo, Mia pagaría:	
<i>Costos compartidos</i>		<i>Costos compartidos</i>		<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$0	<u>Deducibles</u>	\$0	<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$0	<u>Copagos</u>	\$0	<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$0	<u>Coseguro</u>	\$0	<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>		<i>Lo que no está cubierto</i>		<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0	Límites o exclusiones	\$0	Límites o exclusiones	\$0
El total que Peg pagaría es	\$0	El total que Joe pagaría es	\$0	El total que Mia pagaría es	\$0

*Importante: Estos montos suponen que el paciente recibió atención de un proveedor IHCP o de un proveedor que no es IHCP con una referencia de un IHCP. Si usted recibe atención de un proveedor que no es IHCP sin una referencia de un IHCP, sus costos pueden ser más altos.

El plan sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en 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**. 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.