

 El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) lo ayudará a escoger un plan de salud. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios de atención a la salud cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamado prima) se proveerá por separado. Este es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura o una copia de todos los términos de la cobertura, ingrese a www.kp.org/plandocuments o llame al 1-888-901-4636 (TTY: 711). Para definiciones generales de términos comunes, como monto permitido, facturación de saldos, [coaseguro](#), copago, deducible, proveedor, u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Consulte el Glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary o llame al 1-888-901-4636 (TTY: 711) para solicitar una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | ¿Por qué es importante? |
|---|--|---|
| ¿Cuál es el deducible general? | Proveedor preferido: \$250 individual/\$500 familiar Proveedor fuera de la red: \$500 individual/\$1,000 familiar | Por lo general, usted deberá pagar todos los costos de <u>los proveedores</u> hasta alcanzar el monto <u>deducible</u> , antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si usted tiene a otros miembros de su familia en <u>el plan</u> , cada miembro de la familia debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual, hasta que el monto total de <u>los gastos</u> deducibles pagados por todos los miembros de la familia alcance el deducible familiar <u>total</u> . |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de que usted alcance su deducible? | Sí. <u>La atención preventiva</u> y los servicios que se indican en el cuadro que comienza en la página 2. | Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios aun cuando usted no haya alcanzado el monto <u>deducible</u> . Sin embargo un <u>copago</u> o un <u>coaseguro</u> podría aplicar. Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costo compartido</u> y antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte la lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ . |
| ¿Hay otros deducibles para servicios específicos? | No. | Usted no debe alcanzar <u>deducibles</u> para servicios específicos. |
| ¿Cuál es el límite de desembolso para este plan? | Proveedor preferido: \$2500 individual/\$5000 familiar Proveedor fuera de la red: sin límite | El <u>límite de desembolso</u> es la suma más alta que podría pagar en un año de servicios cubiertos. Si usted tiene a otros miembros de su familia en este <u>plan</u> , ellos deben alcanzar sus propios <u>límites de desembolso</u> hasta que el <u>límite total de desembolso familiar</u> se haya alcanzado. |
| ¿Cuáles son los gastos que no se incluyen en el límite de desembolso? | <u>Primas</u> , cargos por <u>facturación de saldo</u> , atención a la salud que este <u>plan</u> no cubre y servicios indicados en el cuadro que comienza en la página 2. | A pesar de que usted paga por estos gastos, estos no se toman en cuenta para alcanzar el <u>límite de desembolso</u> . |
| ¿Pagará menos si usa un proveedor de la red? | Sí. Ingrese a www.kp.org/wa o llame al 1-888-901-4636 (TTY: 711) para obtener una lista de los <u>proveedores dentro de la red</u> . | Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si utiliza un <u>proveedor</u> dentro de la <u>red del plan</u> . Usted pagará más si utiliza un <u>proveedor fuera de la red</u> y posiblemente reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga (<u>facturación de saldos</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor de la red</u> podría utilizar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Verifique con su <u>proveedor</u> antes de obtener algún servicio. |
| ¿Necesita una referencia para ver a un especialista? | Sí, pero usted puede consultar por su cuenta a ciertos <u>especialistas</u> . | Este <u>plan</u> pagará una porción o la totalidad del costo de los servicios cubiertos de un <u>especialista</u> siempre y cuando usted tenga una <u>referencia</u> antes de visitar al <u>especialista</u> . |



Todos los costos de **copago** y **coaseguro** que se aplican en esta tabla se aplican luego de alcanzar su **deducible**, en caso de que corresponda **aplicar un deducible**.

| Eventos médicos comunes | Servicios que puede necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otras informaciones importantes |
|--|--|---|--|--|
| | | proveedor preferido (Pagará el monto mínimo) | proveedor fuera de la red (Pagará el monto máximo) | |
| Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención a la salud | Visita de atención primaria para tratar una lesión o una enfermedad | \$20 por visita (\$5 beneficio incrementado), no se aplica <u>el deducible</u> | 50 % de <u>coaseguro</u> | Se aplica el beneficio incrementado cuando los servicios los proporciona un proveedor incrementado. |
| | Visita a un especialista | \$35 por visita (\$20 beneficio incrementado), no se aplica <u>el deducible</u> | 50 % de <u>coaseguro</u> | Ninguna |
| | Atención preventiva/exámenes de detección/vacunación | Sin cargo, <u>no se aplica el deducible</u> . | 50 % de <u>coaseguro</u> | Es posible que tenga que pagar por los servicios no preventivos. Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique lo que pagará su <u>plan</u> . |
| Si se somete a una prueba | Pruebas de diagnóstico (radiografías y análisis de sangre) | Servicios de radiografías: \$20 por visita (\$5 beneficio incrementado), no se aplica <u>el deducible</u> Servicios de laboratorio: \$20 por visita (\$5 beneficio incrementado), no se aplica <u>el deducible</u> | 50 % de <u>coaseguro</u> | Ninguna |
| | Diagnóstico por imagenología (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética) | 10 % de <u>coaseguro</u> | 50 % de <u>coaseguro</u> | <u>Requiere una autorización previa</u> o no tendrá cobertura. |
| Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Puede encontrar información adicional sobre la cobertura de medicamentos de | Medicamentos genéricos preferidos | \$10 o (\$5 por beneficio incrementado) (al detal); \$2 (pedido por correo)/ <u>medicamento recetado/30 días, no se aplica el deducible</u> | No se ofrece cobertura | Hasta un suministro de 30 días (al detal); un suministro de 90 días (pedido por correo). Sujeto a las <u>pautas</u> del formulario. |
| | Medicamentos de marca preferidos | \$20 o (\$15 por beneficio incrementado) (al detal); \$10 (pedido por | No se ofrece cobertura | Hasta un suministro de 30 días (al detal); un suministro de 90 días (pedido por correo). Sujeto a las <u>pautas</u> del formulario. |

| Eventos médicos comunes | Servicios que puede necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otras informaciones importantes |
|--|--|--|--|--|
| | | proveedor preferido (Pagará el monto mínimo) | proveedor fuera de la red (Pagará el monto máximo) | |
| receta en kp.org/wa/7formulary2023 | | correo)/medicamento <u>recetado/30 días, no se aplica el deducible</u> | | |
| | Medicamentos no preferidos | 40 % o (35 % por beneficio incrementado) <u>de coaseguro</u> (al detal); 30 % <u>de coaseguro</u> (pedido por correo)/ <u>medicamento de receta/30 días</u> | No se ofrece cobertura | Hasta un suministro de 30 días (al detal); un suministro de 90 días (pedido por correo). Sujeto a las pautas del <u>formulario</u> , cuando se aprueba mediante un proceso de excepción. |
| | Medicamentos especializados | 40 % <u>de coaseguro</u> (al detal); | No se ofrece cobertura | Hasta un suministro de 30 días (al detal) Sujeto a las <u>pautas</u> del formulario, cuando se aprueba mediante un proceso de excepción. |
| Si tiene una cirugía ambulatoria | Tarifa del establecimiento (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 10 % <u>de coaseguro</u> | 50 % <u>de coaseguro</u> | Ninguna |
| | Tarifas del médico/cirujano | 10 % <u>de coaseguro</u> | 50 % <u>de coaseguro</u> | Ninguna |
| Si necesita atención médica inmediata | Atención en la sala de emergencias | 10 % <u>de coaseguro</u> | 10 % <u>de coaseguro</u> | Debe notificar a Kaiser Permanente dentro de las 24 horas si es admitido en el establecimiento de un <u>proveedor que no pertenece a la red</u> ; limitado a una emergencia inicial solamente. |
| | Traslado por emergencia médica | 10 % <u>de coaseguro</u> | 50 % <u>de coaseguro</u> | Ninguna |
| | Atención de urgencia | \$35 por visita (\$20 beneficio incrementado), no se aplica <u>el deducible</u> | 50 % <u>de coaseguro</u> | <u>Los proveedores que no pertenecen a la red</u> están cubiertos en caso de que se encuentre temporalmente fuera del área de servicio. |
| Si es hospitalizado | Tarifa del establecimiento (por ejemplo, habitación de hospital) | 10 % <u>de coaseguro</u> | 50 % <u>de coaseguro</u> | <u>Requiere una autorización previa</u> o no tendrá cobertura. |
| | Tarifas del médico/cirujano | 10 % <u>de coaseguro</u> | 50 % <u>de coaseguro</u> | <u>Requiere una autorización previa</u> o no tendrá cobertura. |
| Si necesita servicios de salud mental, | Servicios para pacientes ambulatorios | \$20 por visita (\$5 beneficio incrementado), no se aplica <u>el</u> | 50 % <u>de coaseguro</u> | Ninguna |

| Eventos médicos comunes | Servicios que puede necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otras informaciones importantes |
|---|---|---|--|---|
| | | proveedor preferido (Pagará el monto mínimo) | proveedor fuera de la red (Pagará el monto máximo) | |
| salud conductual o de abuso de sustancias | | <u>deducible</u> | | |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | 10 % de <u>coaseguro</u> | 50 % de <u>coaseguro</u> | <u>Requiere una autorización previa</u> o no tendrá cobertura. |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | 10 % de <u>coaseguro</u> | 50 % de <u>coaseguro</u> | <u>El costo compartido</u> no se aplica a ciertos <u>servicios preventivos</u> . La atención materno infantil puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC (como un ultrasonido). |
| | Servicios profesionales de parto/nacimiento | 10 % de <u>coaseguro</u> | 50 % de <u>coaseguro</u> | Debe notificar a Kaiser Permanente dentro de las primeras 24 horas luego de la admisión o tan pronto como sea médicamente posible. Los <u>costos compartidos</u> de los servicios para recién nacidos se consideran por separado de los de la madre. |
| | Servicios de instalaciones para el parto / nacimiento | 10 % de <u>coaseguro</u> | 50 % de <u>coaseguro</u> | Debe notificar a Kaiser Permanente dentro de las primeras 24 horas luego de la admisión o tan pronto como sea médicamente posible. Los <u>costos compartidos</u> de los servicios para recién nacidos se consideran por separado de los de la madre. |
| Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales | Atención a la salud en el hogar | 10 % de <u>coaseguro</u> | 50 % de <u>coaseguro</u> | Límite de 130 visitas por año <u>Requiere una autorización previa</u> o no tendrá cobertura. |
| | Servicios de rehabilitación | Pacientes ambulatorios: \$35 por visita (\$20 con beneficio incrementado), no se aplica <u>el deducible</u> Pacientes hospitalizados: 10 % de <u>coaseguro</u> | 50 % de <u>coaseguro</u> | Pacientes ambulatorios: límite de 25 visitas por año. Pacientes hospitalizados: límite de 30 días por año. Los servicios con diagnósticos de salud mental tienen cobertura ilimitada. Límites están combinados con las redes de proveedores preferidos y proveedores fuera de la red. Pacientes hospitalizados: <u>deben contar con una autorización previa</u> o no tendrán cobertura. |
| | Servicios de recuperación de las habilidades | Pacientes ambulatorios: \$35 por visita (\$20 con beneficio incrementado), no se aplica <u>el</u> | 50 % de <u>coaseguro</u> | Pacientes ambulatorios: límite de 25 visitas por año. Pacientes hospitalizados: límite de a 30 días por año. Los servicios con |

| Eventos médicos comunes | Servicios que puede necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otras informaciones importantes |
|--|--|---|---|---|
| | | proveedor preferido (Pagará el monto mínimo) | proveedor fuera de la red (Pagará el monto máximo) | |
| | | <u>deducible</u> Pacientes hospitalizados: 10 % de <u>coaseguro</u> | | diagnósticos de salud mental tienen cobertura ilimitada. Límites están combinados con las redes de proveedores preferidos y proveedores fuera de la red. Pacientes hospitalizados: <u>deben contar con una autorización previa</u> o no tendrán cobertura. |
| | Atención de enfermería especializada | 10 % de <u>coaseguro</u> | 50 % de <u>coaseguro</u> | Límite de 60 días por año. <u>Requiere una autorización previa</u> o no tendrá cobertura. |
| | Equipo médico duradero | 10 % de <u>coaseguro</u> | 50 % de <u>coaseguro</u> | Sujeto a las <u>pautas</u> del formulario. Requiere una <u>autorización previa</u> o no tendrá cobertura. |
| | Servicios de hospicio | Sin cargo, <u>no se aplica el deducible</u> . | 50 % de <u>coaseguro</u> | <u>Requiere una autorización previa</u> o no tendrá cobertura. |
| Si su niño necesita servicios odontológicos u oftalmológicos | Examen de la vista para niños | Exámenes de refracción sin cargo, no se aplica el <u>deducible</u> . | 50 % de <u>coaseguro</u> | Se limita a un examen cada 12 meses |
| | Anteojos para niños | Sin cargo, <u>no se aplica el deducible</u> . | Se comparte con la red de <u>proveedores preferidos</u> | Se limita a 1 par de marcos y lentes o lentes de contacto / año. |
| | Consulta odontológica de rutina para niños | No se ofrece cobertura | No se ofrece cobertura | Ninguna |

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

| | | |
|--|--|--|
| Servicios que su Plan generalmente NO cubre (consulte su póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de cualquier otro servicio excluido). | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía bariátrica • Cirugía estética • Servicios odontológicos (adultos y niños) • Audífonos | <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de infertilidad • Atención a largo plazo • Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU. | <ul style="list-style-type: none"> • Enfermera privada • Podología de rutina • Programas para perder peso |
| Otros servicios cubiertos (algunas limitaciones pueden aplicar para estos servicios. Esta no es una lista exhaustiva. Consulte su documento del plan). | | |
| • Acupuntura (límite de 12 visitas por año) | • Atención quiropráctica (límite de 10 visitas por año) | • Atención de la vista de rutina (adulto) |

Su derecho a una cobertura continua: hay agencias que pueden ayudarlo si desea continuar su cobertura luego de que esta se termine. La información de contacto de dichas agencias se muestra en el cuadro a continuación. También puede haber otras opciones de cobertura para usted, estas incluyen la compra de una cobertura de seguro individual a través del mercado de seguro de salud. Para obtener más información sobre el mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Existen agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja sobre su plan por el rechazo de un reclamo. Esta queja se llama reclamación o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para tal reclamo médico. Sus documentos del plan también brindan información detallada sobre cómo presentar un reclamo, apelación o reclamación a su plan por cualquier razón. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese con las agencias indicadas en el cuadro a continuación.

Información de contacto para cuestiones relacionadas con sus derechos para continuar la cobertura y sus derechos a presentar un reclamo y una apelación:

| | |
|--|---|
| Kaiser Permanente Member Services | 1-888-901-4636 (TTY:711) or www.kp.org/wa |
| Department of Labor's Employee Benefits Security Administration | 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform |
| Department of Health & Human Services, Center for Consumer Information & Insurance Oversight | 1-877-267-2323 x61565 or www.cciio.cms.gov |
| Washington Department of Insurance | 1-800-562-6900 or www.insurance.wa.gov |

¿Este plan proporciona la Cobertura Esencial Mínima? Sí

Por lo general, la Cobertura Esencial Mínima incluye planes, seguros de salud disponibles a través del mercado u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y algunas otras coberturas. Si es elegible para ciertos tipos de Cobertura Esencial Mínima, es posible que no sea elegible para el crédito fiscal por primas.

¿Este plan cumple con el estándar de valor mínimo? Sí

Si su plan no cumple con el Estándar de Valor Mínimo, usted puede ser elegible para recibir un crédito fiscal por la prima para ayudarlo a pagar un plan a través del mercado.

Servicios en otros idiomas:

[Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-888-901-4636 (TTY: 711).]

[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-901-4636 (TTY: 711).]

[Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-888-901-4636 (TTY: 711).]

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-888-901-4636 (TTY: 711).]

Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) cubriría los costos en una situación médica hipotética, 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 este plan puede cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención que reciba, los cargos de sus proveedores y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de costos compartidos (deducibles, copagos y coaseguro) y los servicios excluidos de acuerdo con el plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que usted pagaría según diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura están basados en la cobertura individual personal.

Peg va a dar a luz

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

- El deducible general del plan \$250
- Copago para consulta [con especialista](#) \$35
- Coaseguro hospitalario (instalaciones) 10%
- Copago para otros [servicios \(análisis de sangre\)](#) \$20

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas a consultorios de especialistas (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales de parto/nacimiento
 Servicios de instalaciones para el parto / nacimiento
 Pruebas de diagnóstico (*ultrasonidos y análisis de sangre*)
 Visita a un especialista (*anestesia*)

Costo total del ejemplo \$12,700

En este ejemplo, Peg pagaría:

| Costos compartidos | |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$250 |
| Copagos | \$50 |
| Coaseguro | \$1,100 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$20 |
| El total que Peg pagaría es | \$1,420 |

Control de la diabetes de tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una afección bien)

- El deducible general del plan \$250
- Copago para consulta [con especialista](#) \$35
- Coaseguro hospitalario (instalaciones) 10%
- Copago para otros [servicios \(análisis de sangre\)](#) \$20

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas a la oficina del médico de atención primaria (*incluida la educación sobre enfermedades*)
 Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)
 Medicamentos de receta
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Costo total del ejemplo \$5,600

En este ejemplo, Joe pagaría:

| Costos compartidos | |
|------------------------------------|--------------|
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$400 |
| Coaseguro | \$0 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Joe pagaría es | \$400 |

Fractura simple de Mia

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

- El deducible general del plan \$250
- Copago para consulta [con especialista](#) \$35
- Coaseguro hospitalario (instalaciones) 10%
- Copago para otros [servicios \(radiografías\)](#) \$20

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Atención en la sala de emergencias (*incluidos los suministros médicos*)
 Pruebas de diagnóstico (*radiografías*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo \$2,800

En este ejemplo, Mia pagaría:

| Costos compartidos | |
|------------------------------------|--------------|
| Deducibles | \$250 |
| Copagos | \$100 |
| Coaseguro | \$200 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Mia pagaría es | \$550 |