
 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?	<p><u>Proveedor preferido</u>: \$3,000 individual/\$6,000 familiar</p> <p><u>Proveedor fuera de la red</u>: \$6,000 individual/\$12,000 familiar</p>	<p>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 deducibles</u> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible familiar total</u>.</p>
¿Hay servicios cubiertos antes de que usted alcance su deducible?	Sí. La <u>atención preventiva</u> y los servicios que se indican en el cuadro que comienza en la página 2.	<p>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 sin 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/.</p>
¿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?	<p><u>Proveedor preferido</u>: \$8,900 individual/\$17,800 familiar</p> <p><u>Proveedor fuera de la red</u>: sin límite</p>	<p>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.</p>
¿Cuáles son los gastos que no se incluyen en el límite de desembolso?	<p>Primas, 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.</p>	<p>A pesar de que usted paga por estos gastos, estos no se toman en cuenta para alcanzar el <u>límite de desembolso</u>.</p>
¿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> .	<p>Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u>. Usted pagará menos si utiliza un <u>proveedor dentro de la 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.</p>
¿Necesita una <u>referencia</u> para ver a un especialista?	Sí, pero usted puede consultar por su cuenta a ciertos <u>especialistas</u> .	<p>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>.</p>

 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	\$45 (\$25 con beneficio incrementado) por visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	50 % de <u>coaseguro</u>	Se aplica el beneficio incrementado cuando los servicios los proporciona un proveedor incrementado.
	Visita a un especialista	\$65 (\$45 con beneficio incrementado) por visita, no se aplica el <u>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: \$50 (\$35 con beneficio incrementado) por visita, no se aplica el <u>deducible</u> . Servicios de laboratorio: \$50 (\$35 con beneficio incrementado) por visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	50 % de <u>coaseguro</u>	Ninguna
	Diagnóstico por imagenología (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética)	35 % 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	\$40 o (\$25 con beneficio incrementado) (al detal); \$20 (pedido por correo)/medicamento de <u>receta/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	\$75 o (\$55 con beneficio incrementado) (al detal); \$50 (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 de <u>receta/30 días, no se aplica el deducible</u>		
	Medicamentos no preferidos	50 % o (45 % incrementado) <u>de coaseguro</u> (al detal); 40 % <u>de coaseguro</u> (pedido por correo)/ <u>medicamento de receta/30 días</u>	No se ofrece cobertura	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	50 % de <u>coaseguro</u> (al detal)	No se ofrece cobertura	Hasta un suministro de 30 días (al detal) Sujeto a las pautas del <u>formulario</u> , cuando se aprueba mediante un proceso de excepción.
Si tiene una cirugía ambulatoria	Tarifa del establecimiento (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	35 % de <u>coaseguro</u>	50 % de <u>coaseguro</u>	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano	35 % de <u>coaseguro</u>	50 % de <u>coaseguro</u>	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	35 % de <u>coaseguro</u>	35 % de <u>coaseguro</u>	Debe notificar a Kaiser Permanente dentro de las 24 horas si es admitido a un <u>proveedor que no pertenece a la red</u> ; limitado a una emergencia inicial solamente;
	Traslado por emergencia médica	35 % de <u>coaseguro</u>	50 % de <u>coaseguro</u>	Ninguna
	Atención de urgencia	\$65 (\$45 con beneficio incrementado) por visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	50 % de <u>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)	35 % de <u>coaseguro</u>	50 % de <u>coaseguro</u>	<u>Requiere una autorización previa</u> o no tendrá cobertura.
	Tarifas del médico/cirujano	35 % de <u>coaseguro</u>	50 % de <u>coaseguro</u>	<u>Requiere una autorización previa</u> o no tendrá cobertura.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de	Servicios para pacientes ambulatorios	\$45 (\$25 con beneficio incrementado) por visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	50 % de <u>coaseguro</u>	Ninguna
	Servicios para pacientes	35 % de <u>coaseguro</u>	50 % de <u>coaseguro</u>	<u>Requiere una autorización previa</u> o no tendrá

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)	
sustancias	hospitalizados			cobertura.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	35 % 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	35 % 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	35 % 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	35 % de <u>coaseguro</u>	50 % de <u>coaseguro</u>	Límite de 130 visitas por año Requiere una <u>autorización previa</u> o no tendrá cobertura.
	Servicios de rehabilitación	Pacientes ambulatorios: \$65 (\$45 con beneficio incrementado) por visita, no se aplica el <u>deducible</u> . Pacientes hospitalizados: 35 % 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: \$65 (\$45 con beneficio incrementado) por visita, no se aplica el <u>deducible</u> . Pacientes hospitalizados:	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 diagnósticos de salud mental tienen cobertura ilimitada. Límites están combinados con las

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)	
		35 % de <u>coaseguro</u>		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	35 % 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	35 % 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, <u>no se aplica el 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 porción 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 \$3,000
- Copago para consulta [con especialista](#) \$65
- Coaseguro hospitalario (instalaciones) 35%
- Copago [para otros servicios \(análisis de sangre\)](#) \$50

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	\$3,000
Copagos	\$200
Coaseguro	\$2,800
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Peg pagaría es	\$6,020

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 \$3,000
- Copago para consulta [con especialista](#) \$65
- Coaseguro hospitalario (instalaciones) 35%
- Copago [para otros servicios \(análisis de sangre\)](#) \$50

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	\$1,500
Coaseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$1,500

Fractura simple de Mia

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

- El deducible general del plan \$3,000
- Copago para consulta [con especialista](#) \$65
- Coaseguro hospitalario (instalaciones) 35%
- Copago para otros [servicios \(radiografías\)](#) \$50

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	\$2,000
Copagos	\$300
Coaseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$2,300