

 El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) le ayudará a elegir 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](http://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](http://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?	Individual \$600/familiar \$1,200	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 el <u>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> .
¿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.	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 <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿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?	\$8,200 individual/\$16,400 familiar	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?	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.	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 <a href="http://www.kp.org/wa">www.kp.org/wa</a> 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 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.
¿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 de la red (Pagará el monto mínimo)	Proveedor que no pertenece a 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	Telesalud: sin cargo, no se aplica el <u>deducible</u> ; En persona con autorización: \$15 por visita, no se aplica el <u>deducible</u> En persona sin autorización: 20 % de <u>coaseguro</u>	No se ofrece cobertura	Ninguna
	Visita a un especialista	Telesalud: sin cargo, no se aplica el <u>deducible</u> ; En persona con autorización: \$30 por visita, no se aplica el <u>deducible</u> En persona sin autorización: 20 % de <u>coaseguro</u>	No se ofrece cobertura	Ninguna
	Atención preventiva/exámenes de detección/vacunación	Sin cargo, no se aplica el <u>deducible</u> .	No se ofrece cobertura	Es posible que tenga que pagar por los servicios que no sean preventivos. Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique qué pagará su <u>plan</u> .
Si se somete a una prueba	Pruebas de diagnóstico (radiografías y análisis de sangre)	20 % de <u>coaseguro</u>	No se ofrece cobertura	Ninguna
	Diagnóstico por imagenología (tomografía computarizada [TC], tomografía por emisión de positrones [TEP], resonancia magnética [RM])	20 % de <u>coaseguro</u>	No se ofrece cobertura	<u>Requiere una autorización previa</u> o no tendrá cobertura.
Si necesita medicamentos para tratar su	Medicamentos genéricos preferidos	\$25 (al detal)/30 días; \$10 (pedido por correo)/90 días, no se aplica el <u>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. Después

Eventos médicos comunes	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otras informaciones importantes
		Proveedor de la red (Pagará el monto mínimo)	Proveedor que no pertenece a la red (Pagará el monto máximo)	
<b>enfermedad o afección</b> Puede encontrar información adicional sobre la <b>cobertura de medicamentos de receta</b> en <a href="http://kp.org/wa/7formulary2023">kp.org/wa/7formulary2023</a>				del primer surtido, los medicamentos de mantenimiento se deben surtir a través del pedido por correo de KFHPWA.
	Medicamentos de marca preferidos	\$50 (al detal); \$45 (pedido por correo)/ <u>medicamento de 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. Después del primer surtido, los medicamentos de mantenimiento se deben surtir a través del pedido por correo de KFHPWA.
	Medicamentos no preferidos	50 % de <u>coaseguro</u> (al detal); 45 % de <u>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 <u>pautas</u> del <u>formulario</u> , cuando se aprueba mediante un proceso de excepción. Después del primer abastecimiento, se requiere que se abastezca de los medicamentos de mantenimiento a través de un pedido por correo a KFHPWA.
	Medicamentos especializados	50 % de <u>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.
<b>Si tiene una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del establecimiento (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20 % de <u>coaseguro</u>	No se ofrece cobertura	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano	20 % de <u>coaseguro</u>	No se ofrece cobertura	Ninguna
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	Atención en la sala de emergencias	20 % de <u>coaseguro</u>	20 % 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	<u>Coaseguro</u> del 20 %	20 % de <u>coaseguro</u>	Ninguna
	Atención de urgencia	\$30 por visita, <u>no se aplica el deducible</u>	20 % de <u>coaseguro</u>	<u>Se cubre a los proveedores que no pertenecen a la red</u> cuando estén temporalmente fuera del área de servicio.

Eventos médicos comunes	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otras informaciones importantes
		Proveedor de la red (Pagará el monto mínimo)	Proveedor que no pertenece a la red (Pagará el monto máximo)	
<b>Si es hospitalizado</b>	Tarifa del establecimiento (p. ej., habitación de hospital)	<u>Coaseguro</u> del 20 %	No se ofrece cobertura	<u>Requiere una autorización previa</u> o no tendrá cobertura.
	Tarifas del médico/cirujano	20 % de <u>coaseguro</u>	No se ofrece cobertura	<u>Requiere una autorización previa</u> o no tendrá cobertura.
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes ambulatorios	Telesalud: sin cargo, no se aplica el <u>deducible</u> ; En persona con autorización: \$15 por visita, no se aplica el <u>deducible</u> En persona sin autorización: 20 % de <u>coaseguro</u>	No se ofrece cobertura	Ninguna
	Servicios para pacientes hospitalizados	20 % de <u>coaseguro</u>	No se ofrece cobertura	<u>Requiere una autorización previa</u> o no tendrá cobertura.
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	20 % de <u>coaseguro</u>	No se ofrece cobertura	<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	<u>Coaseguro</u> del 20 %	No se ofrece cobertura	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	20 % de <u>coaseguro</u>	No se ofrece cobertura	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.
<b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras</b>	Atención a la salud en el hogar	20 % de <u>coaseguro</u>	No se ofrece cobertura	Límite de 130 visitas por año <u>Requiere una autorización previa</u> o no tendrá cobertura.
	Servicios de rehabilitación	Pacientes ambulatorios:	No se ofrece cobertura	Pacientes ambulatorios: límite de 25 visitas

Eventos médicos comunes	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otras informaciones importantes
		Proveedor de la red (Pagará el monto mínimo)	Proveedor que no pertenece a la red (Pagará el monto máximo)	
<b>necesidades médicas especiales</b>		Telesalud: Sin cargo, no se aplica <u>el deducible</u> En persona con autorización: \$30 por visita, no se aplica el <u>deducible</u> En persona sin autorización: 20 % de <u>coaseguro</u>  Pacientes hospitalizados: 20 % de <u>coaseguro</u>		por año. Pacientes hospitalizados: límite de 30 días por año. Los servicios con diagnósticos de salud mental tienen cobertura ilimitada. Pacientes hospitalizados: Requiere una <u>autorización previa</u> o no tendrá cobertura.
	Servicios de recuperación de las habilidades	Pacientes ambulatorios: Telesalud: Sin cargo, no se aplica <u>el deducible</u> En persona con autorización: \$30 por visita, no se aplica el <u>deducible</u> En persona sin autorización: 20 % de <u>coaseguro</u>  Pacientes hospitalizados: 20 % de <u>coaseguro</u>	No se ofrece cobertura	Paciente ambulatorio: se limita a 25 visitas por año. Paciente hospitalizado: se limita a 30 días por año. Los servicios con diagnósticos de salud mental tienen cobertura ilimitada. Pacientes hospitalizados: <u>deben contar con una autorización previa</u> o no tendrán cobertura.
	Atención de enfermería especializada	20 % de <u>coaseguro</u>	No se ofrece cobertura	Límite de 60 días por año. <u>Requiere una autorización previa</u> o no tendrá cobertura.
	Equipo médico duradero	20 % de <u>coaseguro</u>	No se ofrece cobertura	Sujeto a las pautas del <u>formulario</u> . Requiere una <u>autorización previa</u> o no tendrá cobertura.
	Servicios de hospicio	Sin cargo, <u>no se aplica el deducible</u> .	No se ofrece cobertura	<u>Requiere una autorización previa</u> o no tendrá cobertura.
<b>Si su niño necesita servicios odontológicos u oftalmológicos</b>	Examen de la vista para niños	Exámenes de refracción sin cargo, no se aplica el <u>deducible</u> .	No se ofrece cobertura	Se limita a un examen cada 12 meses
	Anteojos para niños	Sin cargo, <u>no se aplica el deducible</u> .	No se ofrece cobertura	Asignación de hasta \$XXX para marcos, lentes o lentes de contacto cada XX meses.
	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).**

- |   |   |                              |
|---|---|------------------------------|
| • Cirugía bariátrica                        | • Tratamiento de infertilidad   | • Enfermera privada          |
| • Cirugía estética                          | • Atención a largo plazo  | • Podología de rutina        |
| • Servicios odontológicos (adultos y niños) | • Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU. | • Programas para perder peso |
| • Audífonos                                 |   |                              |

**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 siguiente cuadro. 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 más información sobre el mercado, visite [www.HealthCare.gov](http://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 <a href="http://www.kp.org/wa">www.kp.org/wa</a>
Department of Labor's Employee Benefits Security Administration	1-866-444-EBSA (3272) or <a href="http://www.dol.gov/ebsa/healthreform">www.dol.gov/ebsa/healthreform</a>
Department of Health & Human Services, Center for Consumer Information & Insurance Oversight	1-877-267-2323 x61565 or <a href="http://www.cciio.cms.gov">www.cciio.cms.gov</a>
Washington Department of Insurance	1-800-562-6900 or <a href="http://www.insurance.wa.gov">www.insurance.wa.gov</a>

**¿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 \$600
- Copago para consulta [con especialista](#) \$0
- Coaseguro hospitalario [\(instalaciones\)](#) 20%
- Coaseguro 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	\$600
Copagos	\$10
Coaseguro	\$2,200
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$2,830</b>

**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 \$600
- Copago para consulta [con especialista](#) \$0
- Coaseguro hospitalario [\(instalaciones\)](#) 20%
- Coaseguro 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	\$40
Copagos	\$1,100
Coaseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$1,140</b>

**Fractura simple de Mia**

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

- El deducible general del plan \$600
- Copago para consulta [con especialista](#) \$0
- Coaseguro hospitalario [\(instalaciones\)](#) 20%
- Coaseguro [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	\$600
Copagos	\$10
Coaseguro	\$300
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$910</b>