

Todos los planes son ofrecidos y suscritos 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 www.kp.org/plandocuments o llame al 1-888-901-4636 (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 1-888-901-4636 (TTY: 711) para pedir una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|--|--|
| ¿Cuánto es el <u>deducible total</u> ? | \$250 por individuo/\$500 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 la cantidad total de gastos de <u>deducible</u> que pagan todos los miembros alcance el <u>deducible</u> total 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 sin costos compartidos</u> antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos cubiertos</u> 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> ? | \$2,500 por individuo/\$5,000 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 costos de <u>facturación de saldo</u> , la atención médica que no cubre este <u>plan</u> y los servicios 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> . |

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|--|---|---|
| ¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ? | Sí. Consulte www.kp.org/wa o llame al 1-888-901-4636 (TTY: 711) para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u> . | 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 del plan</u> . 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 <u>proveedor</u> 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 para atenderse con un 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 | Lo que usted pagará | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|--|--|--|
| | | Proveedor de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| Si acude al consultorio o clínica del <u>proveedor</u> | Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión | \$5 por visita, el <u>deducible</u> no aplica | No está cubierto | Ninguna |
| | Consulta con un <u>especialista</u> | \$20 por visita, el <u>deducible</u> no aplica | No está cubierto | Ninguna |
| | <u>Atención preventiva/ evaluación/vacunas</u> | Sin costo, el <u>deducible</u> no 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. |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | Lo que usted pagará | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|---|--|---|
| | | Proveedor de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| Si se realiza un examen | Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre) | Servicio de radiografía: \$10 por visita, el <u>deducible</u> no aplica Otros servicios de laboratorio: \$10 por visita, el <u>deducible</u> no aplica | No está cubierto | Ninguna |
| | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | 10% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Se requiere <u>autorización previa</u> . De lo contrario, no se cubrirá. |
| Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la <u>cobertura de medicamentos con receta</u> en kp.org/wa/7formulary2023 | Medicamentos genéricos preferidos | \$5 (al por menor); \$2 (orden por correo) por <u>receta médica</u> por 30 días, el <u>deducible</u> no aplica | No está cubierto | Hasta un suministro de 90 días (al por menor o en orden por correo). Sujeto a las <u>pautas de la lista de medicamentos</u> . |
| | Medicamentos de marca preferidos | \$20 (al por menor); \$15 (orden por correo) por <u>receta médica</u> por 30 días, el <u>deducible</u> no aplica | No está cubierto | Hasta un suministro de 90 días (al por menor o en orden por correo). Sujeto a las <u>pautas de la lista de medicamentos</u> . |
| | Medicamentos no preferidos | 40% de <u>coseguro</u> (al por menor); 35% de <u>coseguro</u> (orden por correo) por <u>receta médica</u> por 30 días | No está cubierto | Hasta un suministro de 90 días (al por menor o en orden por correo). Sujeto a las <u>pautas de la lista de medicamentos</u> . |
| | Medicamentos de <u>especialidad</u> | 40% de <u>coseguro</u> (al por menor) | No está cubierto | Hasta un suministro de 30 días al por menor. Sujeto a las <u>pautas de la lista de medicamentos</u> . |
| Si le hacen una cirugía ambulatoria | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 10% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Ninguna |
| | Tarifas del médico/cirujano | 10% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Ninguna |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | Lo que usted pagará | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|--|--|---|
| | | Proveedor de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| Si necesita atención médica inmediata | <u>Atención en la Sala de Emergencias</u> | 10% de <u>coseguro</u> | 10% de <u>coseguro</u> | Debe notificar a Kaiser Permanente dentro de las 24 horas si lo internan en un <u>proveedor fuera de la red</u> ; solo emergencia inicial. |
| | <u>Transporte médico de emergencia</u> | 10% de <u>coseguro</u> | 10% de <u>coseguro</u> | Ninguna |
| | <u>Atención de urgencia</u> | \$20 por visita, el <u>deducible</u> no aplica | 10% de <u>coseguro</u> | Los <u>proveedores fuera del plan</u> están cubiertos cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio. |
| Si necesita hospitalización | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital) | 10% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Se requiere <u>autorización previa</u> . De lo contrario, no se cubrirá. |
| | Tarifas del médico/cirujano | 10% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Se requiere <u>autorización previa</u> . De lo contrario, no se cubrirá. |
| Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias | Servicios para pacientes ambulatorios | \$5 por visita, el <u>deducible</u> no aplica | No está cubierto | Ninguna |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | 10% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Se requiere <u>autorización previa</u> . De lo contrario, no se cubrirá. |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | 10% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Los <u>costos compartidos</u> no se aplican en los <u>servicios preventivos</u> . 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 | 10% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Debe notificar a Kaiser Permanente en un plazo de 24 horas después de la admisión, o tan pronto como la situación médica se lo permita. Los <u>costos compartidos</u> de los servicios del recién nacido se separan de los de la madre. |
| | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto | 10% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Debe notificar a Kaiser Permanente en un plazo de 24 horas después de la admisión, o tan pronto como la situación médica se lo permita. Los <u>costos compartidos</u> de los servicios del recién nacido se separan de los de la madre. |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | Lo que usted pagará | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|--|---|--|
| | | Proveedor de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud | <u>Atención médica en el hogar</u> | 10% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Se limita a 130 visitas por año. Se requiere <u>autorización previa</u> . De lo contrario, no se cubrirá. |
| | <u>Servicios de rehabilitación</u> | Paciente ambulatorio: \$20 por visita, el <u>deducible</u> no aplica Paciente hospitalizado: 10% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | 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 se cubren sin límites. Paciente hospitalizado: Se requiere <u>autorización previa</u> . De lo contrario, no se cubrirá. |
| | <u>Servicios de habilitación</u> | Paciente ambulatorio: \$20 por visita, el <u>deducible</u> no aplica Paciente hospitalizado: 10% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | 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 se cubren sin límites. Paciente hospitalizado: Se requiere <u>autorización previa</u> . De lo contrario, no se cubrirá. |
| | <u>Atención de enfermería especializada</u> | 10% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Se limita a 60 días por año. Se requiere <u>autorización previa</u> . De lo contrario, no se cubrirá. |
| | <u>Equipo médico duradero</u> | 10% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> . Se requiere <u>autorización previa</u> . De lo contrario, no se cubrirá. |
| | <u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u> | Sin costo, el <u>deducible</u> no aplica | No está cubierto | Se requiere <u>autorización previa</u> . De lo contrario, no se cubrirá. |
| | Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista | Examen de la vista para niños | Los exámenes de refracción son sin costo, el <u>deducible</u> no aplica | No está cubierto |
| Anteojos para niños | | Sin costo, el <u>deducible</u> no aplica | No está cubierto | Se limita a un par de marcos y lentes o lentes de contacto por año. |
| Control dental para niños | | No está cubierto | No está cubierto | Ninguna |

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su Plan, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- Cirugía bariátrica
- Cirugía estética
- Atención dental (adultos y niños)
- Audífonos
- Tratamiento para la infertilidad
- Cuidados a largo plazo
- Atención que no sea de emergencia cuando viaje fuera de los EE. UU.
- Enfermería privada
- Cuidado de los pies de rutina
- 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).

- Acupuntura (se limita a 12 visitas por año)
- Atención quiropráctica (se limita a 10 visitas por año)
- Cuidado de los ojos de rutina (adultos)

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 | 1-888-901-4636 (TTY: 711) o www.kp.org/wa |
| Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos | 1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa/healthreform |
| Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros | 1-877-267-2323 extensión 61565 o www.cciio.cms.gov |
| Departamento de Seguros de Washington | 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? Sí.

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 1-888-901-4636 (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](#) 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 Mía (visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento) | |
|--|-----------------|---|----------------|---|----------------|
| ■ El <u>deducible general del plan</u> | \$250 | ■ El <u>deducible general del plan</u> | \$250 | ■ El <u>deducible general del plan</u> | \$250 |
| ■ <u>Copago para el especialista</u> | \$20 | ■ <u>Copago para el especialista</u> | \$20 | ■ <u>Copago para el especialista</u> | \$20 |
| ■ <u>Coseguro del hospital (establecimiento)</u> | 10% | ■ <u>Coseguro del hospital (establecimiento)</u> | 10% | ■ <u>Coseguro del hospital (establecimiento)</u> | 10% |
| ■ Otro <u>copago</u> (análisis de sangre) | \$10 | ■ Otro <u>copago</u> (análisis de sangre) | \$10 | ■ Otro <u>copago</u> (radiografía) | \$10 |
| Este EJEMPLO de evento incluye servicios como: <u>Visitas al consultorio del especialista (atención prenatal)</u> <u>Servicios profesionales para el nacimiento y el parto</u> <u>Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto</u> <u>Exámenes de diagnóstico (ecografías y análisis de sangre)</u> <u>Consulta con un especialista (anestesia)</u> | | Este EJEMPLO de evento incluye servicios como: <u>Visitas en el consultorio del médico de atención primaria (incluye la educación sobre enfermedades)</u> <u>Exámenes de diagnóstico (análisis de sangre)</u> <u>Medicamentos con receta médica</u> <u>Equipo médico duradero (glucómetro)</u> | | Este EJEMPLO de evento incluye servicios como: <u>Atención en la Sala de Emergencias (incluye suministros médicos)</u> <u>Exámenes de diagnóstico (radiografías)</u> <u>Equipo médico duradero (muletas)</u> <u>Servicios de rehabilitación (fisioterapia)</u> | |
| 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> | \$250 | <u>Deducibles</u> | \$0 | <u>Deducibles</u> | \$250 |
| <u>Copagos</u> | \$90 | <u>Copagos</u> | \$500 | <u>Copagos</u> | \$100 |
| <u>Coseguro</u> | \$1,100 | <u>Coseguro</u> | \$0 | <u>Coseguro</u> | \$200 |
| <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 |
| El total que Peg pagaría es | \$1,460 | El total que Joe pagaría es | \$500 | El total que Mia pagaría es | \$550 |

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