



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](http://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</u> total?                                       | Proveedor preferido: \$5.000 por individuo/\$10,000 por familia.<br>Proveedor fuera de la red: \$10,000 por individuo/\$20,000                                                            | 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 <u>servicios preventivos</u> en <a href="https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/</a> .                                                                           |
| ¿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> ?   | Proveedor preferido: \$8,750 por individuo/\$17,500 por familia.<br>Proveedor fuera de la red: sin límite                                                                                 | 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 <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> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| ¿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 <a href="http://www.kp.org/wa">www.kp.org/wa</a> o llame al 1-888-901-4636 (TTY: 711).                                | Este <u>plan</u> utiliza una <u>red</u> de <u>proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> que esté incluido en la <u>red</u> del <u>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</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<br>Proveedor preferido:<br>(Usted pagará el mínimo)                                                                                                                   | Lo que usted pagará<br>Proveedor fuera de la red<br>(Usted pagará el máximo) | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Si acude al consultorio o clínica del proveedor</b>                                                                                                                                                                                                   | Consulta de atención primaria para tratar una afección o lesión                                                              | \$40 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica                                                                                                                                         | 50% de <u>coseguro</u>                                                       | Ninguna                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                          | Consulta con un <u>especialista</u>                                                                                          | \$65 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica                                                                                                                                         | 50% de <u>coseguro</u>                                                       | Ninguna                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                          | <u>Atención preventiva/ evaluación/vacunas</u>                                                                               | Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica.                                                                                                                                              | 50% de <u>coseguro</u>                                                       | 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. |
| <b>Si se realiza un examen</b>                                                                                                                                                                                                                           | <u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)                                                            | 35% de <u>coseguro</u>                                                                                                                                                                    | 50% de <u>coseguro</u>                                                       | Ninguna                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                          | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | 35% de <u>coseguro</u>                                                                                                                                                                    | 50% de <u>coseguro</u>                                                       | No está cubierto sin <u>autorización previa</u> .                                                                                                                                                            |
| <b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica</b><br>Hay más información disponible sobre la <u>cobertura de medicamentos con receta médica</u> en <a href="https://www.kp.org/wa/7formulary">kp.org/wa/7formulary</a> 2026 | Medicamentos genéricos preferidos                                                                                            | Al por menor: \$35 por <u>receta médica</u> (o beneficio mejorado de \$25) para 30 días; orden por correo: \$20 por <u>receta médica</u> para 30 días, el <u>deducible</u> no se aplica.  | No está cubierto                                                             | 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 de marca preferidos                                                                                             | Al por menor: \$70 por <u>receta médica</u> (o beneficio mejorado de \$60) para 30 días; orden por correo: \$55 por <u>receta médica</u> para 30 días, el <u>deducible</u> no se aplica.  | No está cubierto                                                             | 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 no preferidos                                                                                                   | Al por menor: 50% (o beneficio mejorado del 45%) de <u>coseguro</u> por <u>receta médica</u> para 30 días; orden por correo: 40% de <u>coseguro</u> por <u>receta médica</u> para 30 días | No está cubierto                                                             | 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>                                                                                           | Al por menor: 50% de <u>coseguro</u>                                                                                                                                                      | No está cubierto                                                             | Hasta un suministro de 30 días al por menor. Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> .                                                                                                        |

| Circunstancia médica común                                                              | Servicios que podría necesitar                            | Lo que usted pagará<br>Proveedor preferido:<br>(Usted pagará el mínimo) | Lo que usted pagará<br>Proveedor fuera de la red<br>(Usted pagará el máximo) | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>                                              | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 40% de <u>coseguro</u>                                                  | 50% de <u>coseguro</u>                                                       | Ninguna                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                         | Tarifas del médico/cirujano                               | 35% de <u>coseguro</u>                                                  | 50% de <u>coseguro</u>                                                       | Ninguna                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b>                                            | <u>Atención en la Sala de Emergencias</u>                 | 35% de <u>coseguro</u>                                                  | 35% de <u>coseguro</u>                                                       | Debe notificar a Kaiser Permanente dentro de las 24 horas si recibe servicios de un <u>proveedor fuera de la red</u> . Se limita únicamente a emergencias iniciales.                                                       |
|                                                                                         | <u>Transporte médico de emergencia</u>                    | 35% de <u>coseguro</u>                                                  | 35% de <u>coseguro</u>                                                       | Ninguna                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                         | <u>Atención de urgencia</u>                               | \$65 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica                       | 50% de <u>coseguro</u>                                                       | Los <u>proveedores fuera de la red</u> están cubiertos cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio.                                                                                                 |
| <b>Si necesita hospitalización</b>                                                      | Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)   | 35% de <u>coseguro</u>                                                  | 50% de <u>coseguro</u>                                                       | No está cubierto sin <u>autorización previa</u> .                                                                                                                                                                          |
|                                                                                         | Tarifas del médico/cirujano                               | 35% de <u>coseguro</u>                                                  | 50% de <u>coseguro</u>                                                       | No está cubierto sin <u>autorización previa</u> .                                                                                                                                                                          |
| <b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b> | Servicios para pacientes ambulatorios                     | \$40 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica                       | 50% de <u>coseguro</u>                                                       | Ninguna                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                         | Servicios para pacientes hospitalizados                   | 35% de <u>coseguro</u>                                                  | 50% de <u>coseguro</u>                                                       | No está cubierto sin <u>autorización previa</u> .                                                                                                                                                                          |
| <b>Si está embarazada</b>                                                               | Visitas al consultorio                                    | 35% de <u>coseguro</u>                                                  | 50% de <u>coseguro</u>                                                       | Los <u>costos compartidos</u> no se aplican para 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     | 35% de <u>coseguro</u>                                                  | 50% de <u>coseguro</u>                                                       | Debe notificar a Kaiser Permanente dentro de las 24 horas de la admisión o tan pronto como sea médicamente posible. Los <u>costos compartidos</u> de los servicios para recién nacidos están separados de los de la madre. |
|                                                                                         | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto     | 35% de <u>coseguro</u>                                                  | 50% de <u>coseguro</u>                                                       | Debe notificar a Kaiser Permanente dentro de las 24 horas de la admisión o tan pronto como sea médicamente posible. Los <u>costos compartidos</u> de los servicios para recién nacidos están separados de los de la madre. |

| Circunstancia médica común                                                                 | Servicios que podría necesitar                         | Lo que usted pagará<br>Proveedor preferido:<br>(Usted pagará el mínimo)                                                          | Lo que usted pagará<br>Proveedor fuera de la red<br>(Usted pagará el máximo)                         | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b> | <u>Atención médica en el hogar</u>                     | 35% de <u>coseguro</u>                                                                                                           | 50% de <u>coseguro</u>                                                                               | Límite de 130 consultas por año. No está cubierto sin <u>autorización previa</u> .                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                            | <u>Servicios de rehabilitación</u>                     | Paciente ambulatorio:<br>\$65 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica.<br>Paciente hospitalizado:<br>35% de <u>coseguro</u> | Paciente ambulatorio:<br>50% de <u>coseguro</u><br>Paciente hospitalizado:<br>50% de <u>coseguro</u> | Paciente ambulatorio: límite de 25 consultas por año. Paciente hospitalizado: límite de 30 días por año. La cobertura de servicios por diagnósticos de salud mental no tiene límite. Los límites se combinan entre las redes de proveedores preferidos y de proveedores fuera de la red. Paciente hospitalizado: no está cubierto sin <u>autorización previa</u> . |
|                                                                                            | <u>Servicios de habilitación</u>                       | Paciente ambulatorio:<br>\$65 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica.<br>Paciente hospitalizado:<br>35% de <u>coseguro</u> | Paciente ambulatorio:<br>50% de <u>coseguro</u><br>Paciente hospitalizado:<br>50% de <u>coseguro</u> | Paciente ambulatorio: límite de 25 consultas por año. Paciente hospitalizado: límite de 30 días por año. La cobertura de servicios por diagnósticos de salud mental no tiene límite. Los límites se combinan entre las redes de proveedores preferidos y de proveedores fuera de la red. Paciente hospitalizado: no está cubierto sin <u>autorización previa</u> . |
|                                                                                            | <u>Atención de enfermería especializada</u>            | 35% de <u>coseguro</u>                                                                                                           | 50% de <u>coseguro</u>                                                                               | Límite de 60 días por año. No está cubierto sin <u>autorización previa</u> .                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                            | <u>Equipo médico duradero</u>                          | 35% de <u>coseguro</u>                                                                                                           | 50% de <u>coseguro</u>                                                                               | Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> . No está cubierto sin <u>autorización previa</u> .                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                            | <u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u> | Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica                                                                                      | 50% de <u>coseguro</u>                                                                               | No está cubierto sin <u>autorización previa</u> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>                                | Examen de la vista para niños                          | El examen de refracción no tiene costo, el <u>deducible</u> no se aplica.                                                        | 50% de <u>coseguro</u>                                                                               | Limitado a 1 examen cada 12 meses.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                            | Anteojos para niños                                    | Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica.                                                                                     | Compartido con la <u>red de proveedores preferidos</u>                                               | Limitado a un par de armazones y lentes, o lentes de contacto cada 12 meses.                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                            | Control dental para niños                              | 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> ). |                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía bariátrica</li> <li>• Cirugía estética</li> <li>• Atención dental (adultos y niños)</li> </ul>                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento para la infertilidad (excepto por inseminación artificial)</li> <li>• Cuidados a largo plazo</li> <li>• Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermería privada</li> <li>• Cuidado de los pies de rutina</li> <li>• Programas para perder peso</li> </ul> |

|                                                                                                                                                              |             |                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------------------|
| <b>Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).</b> |             |                                           |
| • Acupuntura                                                                                                                                                 | • Audífonos | • Cuidado de los ojos de rutina (adultos) |
| • Atención quiropráctica (se limita a 10 visitas por año)                                                                                                    |             |                                           |

**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](http://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 <a href="http://www.kp.org/wa">www.kp.org/wa</a>                             |
| Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos | 1-866-444-EBSA (3272) o <a href="http://www.dol.gov/ebsa/healthreform">www.dol.gov/ebsa/healthreform</a> |
| Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros  | 1-877-267-2323 x61565 o <a href="http://www.cciio.cms.gov">www.cciio.cms.gov</a>                         |
| Departamento de Seguros de Washington                                                                    | 1-800-562-6900 o <a href="http://www.insurance.wa.gov">www.insurance.wa.gov</a>                          |

**¿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).

Chinese (中文): 如果需要中文的幫助, 請撥打這個號碼 1-888-901-4636 (TTY: 711).

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

Pennsylvania Dutch (Deutsch): Fer Hilf griegie in Deutsch, ruf 1-888-901-4636 (TTY: 711) uff.

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

Samoan (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Carolinian (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Chamorro (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, â'gang 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)

|                                                  |         |
|--------------------------------------------------|---------|
| ■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>    | \$5,000 |
| ■ <u>Copago</u> para el <u>especialista</u>      | \$65    |
| ■ <u>Coseguro</u> del hospital (establecimiento) | 35%     |
| ■ Otro <u>coseguro</u> (análisis de sangre)      | 35%     |

#### Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)  
 Servicios profesionales para el nacimiento y el parto  
 Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto  
Exámenes de diagnóstico (*ecografías y análisis de sangre*)  
 Consulta con un especialista (*anestesia*)

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

|                                                  |         |
|--------------------------------------------------|---------|
| ■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>    | \$5,000 |
| ■ <u>Copago</u> para el <u>especialista</u>      | \$65    |
| ■ <u>Coseguro</u> del hospital (establecimiento) | 35%     |
| ■ Otro <u>coseguro</u> (análisis de sangre)      | 35%     |

#### Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del médico de atención primaria (*incluye la educación sobre enfermedades*)  
Exámenes de diagnóstico (*análisis de sangre*)  
Medicamentos por recetas  
Equipo médico duradero (*glucómetro*)

### 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>    | \$5,000 |
| ■ <u>Copago</u> para el <u>especialista</u>      | \$65    |
| ■ <u>Coseguro</u> del hospital (establecimiento) | 35%     |
| ■ Otro <u>coseguro</u> (análisis de sangre)      | 35%     |

#### Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Atención en la Sala de Emergencias (*incluye suministros médicos*)  
Exámenes de diagnóstico (*radiografías*)  
Equipo médico duradero (*muletas*)  
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

|                                      |                 |
|--------------------------------------|-----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b>       | <b>\$12,700</b> |
| <b>En este ejemplo, Peg pagaría:</b> |                 |
| <i>Costos compartidos</i>            |                 |
| <u>Deducibles</u>                    | \$5,000         |
| <u>Copagos</u>                       | \$10            |
| <u>Coseguro</u>                      | \$2,300         |
| <i>Lo que no está cubierto</i>       |                 |
| Límites o exclusiones                | \$20            |
| <b>El total que Peg pagaría es*</b>  | <b>\$7,330</b>  |

|                                      |                |
|--------------------------------------|----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b>       | <b>\$5,600</b> |
| <b>En este ejemplo, Joe pagaría:</b> |                |
| <i>Costos compartidos</i>            |                |
| <u>Deducibles</u>                    | \$40           |
| <u>Copagos</u>                       | \$1,600        |
| <u>Coseguro</u>                      | \$0            |
| <i>Lo que no está cubierto</i>       |                |
| Límites o exclusiones                | \$0            |
| <b>El total que Joe pagaría es</b>   | <b>\$1,640</b> |

|                                      |                |
|--------------------------------------|----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b>       | <b>\$2,800</b> |
| <b>En este ejemplo, Mia pagaría:</b> |                |
| <i>Costos compartidos</i>            |                |
| <u>Deducibles</u>                    | \$2,100        |
| <u>Copagos</u>                       | \$300          |
| <u>Coseguro</u>                      | \$0            |
| <i>Lo que no está cubierto</i>       |                |
| Límites o exclusiones                | \$0            |
| <b>El total que Mia pagaría es</b>   | <b>\$2,400</b> |

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

## Aviso de no discriminación

Kaiser Foundation Health Plan of Washington y Kaiser Foundation Health Plan of Washington Options, Inc. (“Kaiser Permanente”) cumplen con las leyes federales y del estado de Washington de derechos civiles aplicables y no discriminan por motivos de raza, color, país de origen, edad, incapacidad, sexo, orientación sexual ni identidad de género. Kaiser Permanente no excluye a las personas ni las trata de manera menos favorable debido a su raza, color, país de origen (incluido el dominio limitado del inglés y su idioma principal), edad, discapacidad, sexo, características sexuales (incluidos los rasgos intersexuales), embarazo (o condiciones relacionadas), estereotipos sexuales, orientación sexual o identidad de género. Además:

- Brindamos a las personas con discapacidades modificaciones razonables, así como ayudas y servicios auxiliares apropiados y sin costo para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:
  - intérpretes calificados de lenguaje de señas;
  - información escrita en otros formatos (en letra grande, braille, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Proporcionamos servicios de asistencia con el idioma sin costo a personas cuyo idioma principal no sea el inglés, por ejemplo:
  - intérpretes calificados;
  - información escrita en otros idiomas.

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares apropiados o servicios de asistencia con el idioma, comuníquese con Servicio a los Miembros al **1-888-901-4636** (TTY **711**).

Si considera que Kaiser Permanente no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de alguna otra manera por motivos de raza, color, país de origen (incluido el dominio limitado del inglés y su idioma principal), edad, discapacidad, sexo, características sexuales (incluidos los rasgos intersexuales), embarazo (o condiciones relacionadas), estereotipos sexuales, orientación sexual o identidad de género, puede presentar una queja formal ante nuestro Coordinador de Derechos Civiles: P.O. Box 35191, Mail Stop: RCR-A1N-22, Seattle, WA 98124-5191 o llamando al **1-888-901-4636** (TTY **711**). Puede presentar una queja formal en persona, por correo postal, por teléfono o en línea, en **kp.org/wa/feedback** (en inglés). Si necesita ayuda para presentar una queja formal, nuestro coordinador de derechos civiles puede brindársela.

El aviso de no discriminación está disponible en <https://healthy.kaiserpermanente.org/washington/language-assistance/nondiscrimination-notice>

También puede presentar una queja sobre derechos civiles de las siguientes formas:

- Ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., a través de su portal de quejas disponible en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, o por correo postal o teléfono a: 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). Los formularios de queja están disponibles en **<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>**.

- Ante la Oficina del Comisionado de Seguros del estado de Washington: electrónicamente en el portal de quejas de esta oficina, disponible en **<https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>**, o por teléfono al **800-562-6900, 360-586-0241** (TDD). Los formularios de queja están disponibles en **<https://fortress.wa.gov/oic/online services/cc/pub/complaintinformation.aspx>**.

## Ayuda en su idioma

**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 ਦਿਓ:** 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 Sprachassistentenz 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)**.

**Símbolo internacional del ASL  
(lenguaje de señas americano)**

