



El documento del Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a elegir un [plan](#) de salud. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este [plan](#) (llamado [prima](#)) se proporcionará por separado.

Esto es sólo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos completos de cobertura, visite www.kp.org/plandocuments o llame al 1-800-278-3296 (TTY: 711). Para conocer las definiciones generales de términos comunes, como la [cantidad permitida](#), la [facturación del saldo](#), el [coaseguro](#), el [copago](#), el [deducible](#), el [proveedor](#) u otros términos [subrayados](#), consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.HealthCare.gov/sbc-glossary o llamar al 1-800-278-3296 (TTY: 711) para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto es importante:
¿Cuál es el deducible total?	\$0.	Consulte la tabla de Eventos médicos comunes a continuación para conocer los costos de los servicios que cubre este plan .
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	No aplica.	Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha alcanzado la cantidad del deducible . Pero se puede aplicar un copago o coaseguro .
¿Existen otros deducibles por servicios específicos?	No.	No es necesario cumplir con los deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de desembolso para este plan ?	\$1,500 individual / \$3,000 familiar	El límite de desembolso es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan , tienen que cumplir con sus propios límite de desembolso hasta que se haya alcanzado el límite de desembolso general familiar.
¿Qué no está incluido en el límite de desembolso ?	Primas , atención médica que este plan no cubre y servicios indicados en el cuadro que comienza en la página 2.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de desembolso .
¿Pagará menos si utiliza un proveedor de la red ?	Sí. Visite www.kp.org o llame al 1-800-278-3296 (TTY: 711) para obtener una lista de proveedores de la red .	Este plan utiliza una red de proveedores . Pagará menos si utiliza un proveedor en la red del plan. Pagará más si usa un proveedor fuera de la red , y podría recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (facturación del saldo). Tenga en cuenta que sus proveedores de la red pueden usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir servicios.
¿Necesita una referencia para ver a un especialista ?	Sí, pero puede referirse personalmente a ciertos especialistas .	Este plan pagará algunos o todos los costos para ver a un especialista para los servicios cubiertos, pero solo si tiene una referencia antes de ver al especialista .



Todos los costos de [copago](#) y [coaseguro](#) que se muestran en este cuadro son después de que se haya alcanzado su [deducible](#), si se aplica un [deducible](#).

Evento medico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará al proveedor de la red (Pagará menos)	Lo que pagará a un proveedor que no pertenece a la red (pagará más)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si visita la oficina o clínica de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad.	\$20/ visita	No cubierto	Ninguno
	Visita al especialista	\$20/ visita	No cubierto	Ninguno
	Cuidado preventivo/ detección/	Sin cargo	No cubierto	Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique lo que pagará su plan .
Si tiene un examen	Examen de diagnóstico	\$10/ encuentro	No cubierto	Ninguno
	Imagenología (tomografías computarizadas, resonancias magnéticas)	\$10/ procedimiento	No cubierto	Ninguno
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección. Hay más información sobre la cobertura demedicamentos recetados está disponible en www.kp.org/	Medicamentos genéricos	Venta al por menor: \$10/ receta; Pedido por correo: \$20/ receta	No cubierto	Hasta 30 días en venta al por menos o pedido por correo para suministro de 100 días. Sujeto a las pautas del formulario . Sin cargo por anticonceptivos, el deducible no aplica.
	Medicamentos de marca preferidos	Venta al por menor: \$20/ receta; Pedido por correo: \$40/ receta	No cubierto	Hasta 30 días en venta al por menos o pedido por correo para suministro de 100 días. Sujeto a las pautas del formulario . Sin cargo por anticonceptivos, el deducible no aplica.
	Medicamentos de marca no preferidos	Igual que los medicamentos de marca preferidos.	No cubierto	Igual que los medicamentos de marca preferidos cuando se aprueban mediante un proceso de excepción.
	Medicamentos especializados	20% de coaseguro hasta \$150 /receta	No cubierto	Suministro minorista por hasta 30 días. Sujeto a las pautas del formulario .
Si tiene cirugía ambulatoria.	Tarifa de la instalación (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	\$20/ procedimiento	No cubierto	Ninguno
	Honorarios médicos/ cirujanos	Sin cargo	No cubierto	Ninguno

Evento medico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará al proveedor de la red (Pagará menos)	Lo que pagará a un proveedor que no pertenece a la red (pagará más)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si necesita atención médica inmediata	Atención de urgencias	\$100/ visita	\$100/ visita	Ninguno
	Transportación Médica de Emergencia	\$100/ traslado	\$100/ traslado	Ninguno
	Atención de urgencias	\$20/ visita	\$20/ visita	Los proveedores que no pertenecen al Plan están cubiertos cuando están temporalmente fuera del área de servicio.
Si tiene una estadía hospitalaria	Tarifa de las instalaciones (por ejemplo, habitación de hospital)	Sin cargo	No cubierto	Ninguno
	Honorarios médicos/ cirujanos	Sin cargo	No cubierto	Ninguno
Si necesita servicios por atención de salud mental, salud del comportamiento o abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	Salud mental/ del comportamiento: \$20/ visita individual. Sin cargo por otros servicios ambulatorios; Abuso de sustancias: \$20/ visita individual. \$5/ día para otros servicios ambulatorios	No cubierto	Salud mental/ conductual: \$10/ visita grupal; Abuso de sustancias: \$5/ visita grupal.
	Servicios para pacientes internados	Sin cargo	No cubierto	Ninguno
Sí está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	No cubierto	Según el tipo de servicios, se puede aplicar un copago , coaseguro o deducible . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes de CBS (es decir, ultrasonido).
	Servicios profesionales de parto/ nacimiento.	Sin cargo	No cubierto	Ninguno
	Servicios de las instalaciones para parto/ nacimiento	Sin cargo	No cubierto	Ninguno

Evento medico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará al proveedor de la red (Pagará menos)	Lo que pagará a un proveedor que no pertenece a la red (pagará más)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	Sin cargo	No cubierto	Hasta 2 horas máximo/ visita, hasta 3 visitas máximo/ día, hasta 100 visitas máximo/ año.
	Servicios de rehabilitación	Paciente interno: Sin cargo; Paciente ambulatorio: \$20/ visita	No cubierto	Ninguno
	Servicios de habilitación	\$20/ visita	No cubierto	Ninguno
	Visita de enfermería especializada	Sin cargo	No cubierto	Hasta 100 días máximo/ periodo de beneficio.
	Equipo médico duradero	Sin cargo	No cubierto	Sujeto a las pautas del formulario . Requiere autorización previa.
	Servicio de hospicio	Sin cargo	No cubierto	Ninguno
Si su hijo necesita atención dental u ocular.	Examen de los ojos para los niños	Sin cargo	No cubierto	Si elige cobertura de la vista adicional, estará disponible bajo un plan de visión independiente a través de VSP.
	Anteojos para niños	Cantidades por sobre la asignación de \$175	No cubierto	Asignación limitada a una vez cada 24 meses. Si elige cobertura de la vista adicional, estará disponible bajo un plan de visión independiente a través de VSP.
	Chequeo dental infantil	No cubierto	No cubierto	Si elige cobertura dental, estará disponible bajo un <u>plan</u> dental independiente a través de Delta Dental, DeltaCare USA o UHC.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

<p>Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte su póliza o el documento del plan para obtener más información y una lista de cualquier otro servicio excluido).</p>		
<ul style="list-style-type: none"> ● Cirugía cosmética ● Atención dental (para adultos y niños) (puede estar disponible en un plan dental por separado) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Audífonos ● Cuidado a largo plazo ● Atención que no sea de emergencia cuando se viaja fuera de los EE. UU. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Enfermería privada ● Cuidado de los pies de rutina ● Programas de pérdida de peso
<p>Otros servicios cubiertos (pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Por favor vea el documento de su plan).</p>		
<ul style="list-style-type: none"> ● Acupuntura (referido por el proveedor del plan) ● Cirugía bariátrica 	<ul style="list-style-type: none"> ● Atención de quiropráctica (hasta 25 visitas/ año disponibles a través del Fondo Fiduciario) ● Tratamiento de infertilidad 	<ul style="list-style-type: none"> ● Atención de visión de rutina (adulto) (la cobertura adicional puede estar disponible en un plan de visión por separado)

Sus derechos para continuar con la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarlo si desea continuar su cobertura después de que finalice. La información de contacto de esas agencias se muestra en el cuadro siguiente. Otras opciones de cobertura también pueden estar disponibles para usted, incluyendo la compra de cobertura de seguro individual a través del [Mercado de seguros de salud](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos de reclamo y apelación: Existen agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por una denegación de un [reclamo](#). Esta queja se llama una [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por ese [reclamo](#) médico. Los documentos de su [plan](#) también proporcionan información completa para presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o una [queja](#) formal por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese con las agencias en el cuadro a continuación.

Información de contacto de sus derechos para continuar con la cobertura y sus derechos de quejas y apelaciones:

Servicios para Miembros de Kaiser Permanente	1-800-278-3296 (TTY: 711) o www.kp.org/memberservices
Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo	1-866-444-EBSA (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 x61565 o www.cciio.cms.gov
Departamento de Seguros de California	1-800-927-HELP (4357) o www.insurance.ca.gov
Departamento de Atención Médica Administrada de California	1-888-466-2219 o www.healthhelp.ca.gov/

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

Si no tiene una [Cobertura Esencial Mínima](#) por un mes, deberá hacer un pago cuando presente su declaración de impuestos a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura de salud para ese mes.

¿Este plan cumple con las Normas de Valor Mínimo? Sí

Si su [plan](#) no cumple con los [Estándares de Valor Mínimo](#), puede ser elegible para un [crédito tributario de prima](#) para ayudarlo a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios de acceso a idiomas:

ESPAÑOL (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-788-0616 (TTY: 711)

TAGALO (tagalo): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-278-3296 (TTY: 711) CHINO (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-757-7585 (TTY: 711)

NAVAJO (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-278-3296 (TTY: 711)

----- *Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una muestra de situación médica, consulte la siguiente sección.*-----

Sobre estos ejemplos de cobertura:

Esto no es un estimador de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes dependiendo de la atención real que reciba, los precios que cobran sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Concéntrese en las cantidades de [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coaseguros](#)) y los [servicios excluidos](#) del [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar en diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura de autoservicio.

Peg tendrá un bebé (9 meses de atención prenatal dentro de la red y un parto hospitalario)		Controlar la diabetes tipo 2 de Joe (un año de cuidado de rutina dentro de la red de una afección bien controlada)		Fractura simple de Mia (visita a la sala de emergencia dentro de la red y atención de seguimiento)	
■ El deducible total del plan .	\$0	■ El deducible total del plan .	\$0	■ El deducible total del plan	\$0.
■ Copago de especialista	\$20	■ Copago de especialista	\$20	■ Copago de especialista	\$20
■ Copago del hospital	\$0	■ Copago del hospital	\$0	■ Copago del hospital	\$0
■ Otro (análisis de sangre) copago	\$10	■ Otro (análisis de sangre) copago	\$10	■ Otro (rayos X) copago	\$10

Este evento EJEMPLO incluye servicios como:
 Consultas especializadas (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales por parto
 Servicios en las instalaciones por parto
 Pruebas de diagnóstico (*ecografías y análisis de sangre*)
 Visita de especialista (*anestesia*)

Este evento EJEMPLO incluye servicios como:
 Visitas al médico de atención primaria (*incluyendo la educación sobre enfermedades*)
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)
 Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)
 Medicamentos recetados.

Este evento EJEMPLO incluye servicios como:
 Atención en la sala de emergencias (*incluyendo los suministros médicos*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Prueba diagnóstica (*rayos x*)
 Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*).

Ejemplo de costo total	\$12,800	Ejemplo de costo total	\$7,400	Ejemplo de costo total	\$1,900
En este ejemplo, Peg pagaría:		En este ejemplo, Joe pagaría:		En este ejemplo, Mia pagaría:	
Costos compartidos		Costos compartidos		Costos compartidos	
Deducible	\$0	Deducible	\$0	Deducible	\$0
Copagos	\$100	Copagos	\$1,000	Copagos	\$300
Coaseguro	\$0	Coaseguro	\$0	Coaseguro	\$0
Lo que no está cubierto		Lo que no está cubierto		Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60	Límites o exclusiones	\$ 50	Límites o exclusiones	\$0
El total que Peg pagaría es	\$160	El total que Joe pagaría es	\$1,050	El total que Mia pagaría es	\$300

El [plan](#) sería responsable de los otros costos de estos servicios cubiertos de EJEMPLO.

Esta página se ha dejado en blanco
intencionalmente.