


! El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un plan médico. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (llamada prima) se proporcionará aparte. Esto es sólo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, consulte www.kp.org/plandocuments o llame al 1-855-249-5005 (TTY: 711). Para una definición de los términos de uso común, como monto permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos delineados consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en www.HealthCare.gov/sbc-glossary o llamar al 1-855-249-5005 (TTY: 711) para solicitar una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante |
|---|--|---|
| ¿Cuál es el <u>deducible</u> general? | \$0 | Consulte la tabla de Eventos médicos comunes a continuación para ver los costos de los servicios que cubre este <u>plan</u> . |
| ¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <u>deducible</u> ? | No se aplica. | Este <u>plan</u> cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del <u>deducible</u> . Sin embargo, es posible que se aplique un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre algunos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> y antes de que cumpla con su <u>deducible</u> . Vea una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ . |
| ¿Hay algún otro <u>deducible</u> por servicios específicos? | No. | No tiene que pagar un <u>deducible</u> por servicios específicos, pero consulte la tabla que empieza en la página 2 para obtener los costos de otros servicios cubiertos por el <u>plan</u> . |
| ¿Cuál es el <u>desembolso máximo</u> de este <u>plan</u> ? | \$4,500 por individuo / \$9,000 por familia. | El <u>desembolso máximo</u> es el máximo que podría 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>desembolso máximo</u> hasta alcanzar el <u>desembolso máximo</u> general de la familia. |
| ¿Qué no incluye el <u>desembolso máximo</u> ? | Las <u>primas</u> , los cargos por <u>saldo de facturación</u> y la atención médica que no cubre este <u>plan</u> . | Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el <u>desembolso máximo</u> . |
| ¿Pagará un poco menos si acude a un <u>proveedor</u> dentro de la red médica? | Sí. Vea www.kp.org o llame al 1-855-249-5005 o TTY 711 para una lista de <u>proveedores</u> dentro del <u>plan</u> . | Este <u>plan</u> tiene un <u>proveedor dentro de la red</u> . Usted pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red del plan</u> . Usted 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 en el costo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga (<u>facturación del saldo</u>). Tenga en mente que su <u>proveedor dentro de la red</u> podría utilizar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de obtener servicios. |
| ¿Necesita un <u>referido</u> para ver a un <u>especialista</u> ? | No. | Puede acudir al <u>especialista</u> de su preferencia sin un <u>referido</u> . |

 Todos los costos de copago y coseguro que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el deducible, si aplica un deducible.

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga Proveedor del plan (Usted pagará lo mínimo) | Lo que usted paga Proveedor fuera del plan (Usted pagará lo máximo) | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|--|---|---|---|
| Si acude a la oficina o clínica de un <u>proveedor</u> de salud | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | Visita al consultorio: \$40 de <u>copago</u> por visita; consulta/conversación en línea: sin cargo; consulta por video: sin cargo | No está cubierto | Ninguna |
| | Visita al <u>especialista</u> | Visita al consultorio: \$50 de <u>copago</u> por visita; consulta/conversación en línea: sin cargo; consulta por video: sin cargo | No está cubierto | Ninguna |
| | <u>Atención preventiva/examen colectivo/vacuna</u> | Sin costo | 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 |
| Si se realiza un examen | <u>Prueba diagnóstica</u> (radiografía, análisis de sangre) | Radiografía: sin costo; pruebas de laboratorio: sin costo | No está cubierto | Ninguna |
| | Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética) | \$250 de <u>copago</u> por prueba | No está cubierto | Se pueden aplicar varios <u>costos compartidos</u> por sesión |

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga Proveedor del plan (Usted pagará lo mínimo) | Lo que usted paga Proveedor fuera del plan (Usted pagará lo máximo) | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|--|--|---|--|
| Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección. Hay más información disponible acerca de la <u>cobertura de medicamentos con receta</u> en www.kp.org/formulary | Medicamentos genéricos | Al por menor: \$20 de <u>copago</u> ; orden por correo: \$40 de <u>copago</u> | No está cubierto | Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> ; los medicamentos de marcas no preferidas deben autorizarse mediante el proceso para medicamentos no preferidos. Según orden federal, los artículos de venta sin receta tienen cobertura con una <u>receta médica</u> cuando se surten en una farmacia de Kaiser Permanente. Para los miembros del Sur de Colorado: los medicamentos de mantenimiento deben surtirse en la farmacia de alguna de las oficinas médicas de Kaiser Permanente o por medio del servicio de orden por correo de Kaiser Permanente. Cubre hasta un suministro de 30 días (<u>receta médica</u> al por menor); un suministro de 31 a 90 días (<u>receta médica</u> ordenada por correo) |
| | Medicamentos de marcas preferidas | Al por menor: \$40 de <u>copago</u> ; orden por correo: \$80 de <u>copago</u> | No está cubierto | |
| | Medicamentos de marcas no preferidas | Al por menor: \$60 de <u>copago</u> ; orden por correo: \$120 de <u>copago</u> | No está cubierto | |
| | <u>Medicamentos especializados</u> | 20% de <u>coseguro</u> , hasta \$250 por medicamento de venta al por menor y <u>recetas médicas</u> ordenadas por correo | No está cubierto | |
| Si se somete a una operación ambulatoria | Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | Centro de cirugía ambulatoria: \$250 de <u>copago</u> ; hospital como paciente externo: \$500 de <u>copago</u> | No está cubierto | Ninguna |
| | Honorarios del médico/cirujano | Consulte cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | No está cubierto | Ninguna |
| Si necesita atención médica inmediata | <u>Atención en la sala de emergencias</u> | \$250 de <u>copago</u> por visita | \$250 de <u>copago</u> por visita | No incluye la toma de imágenes diagnósticas (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética); los costos de los servicios en la sala de emergencias y de imágenes diagnósticas no se aplican si ingresó directamente como paciente interno. |
| | <u>Transporte médico de emergencia</u> | 20% de <u>coseguro</u> , hasta \$500 | 20% de <u>coseguro</u> , hasta \$500 | Ninguna |
| | <u>Atención de urgencia</u> | \$50 de <u>copago</u> por visita | \$50 de <u>copago</u> por visita | <u>Proveedores fuera del plan</u> : están cubiertos solamente cuando usted se encuentra fuera del área de servicio |

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga Proveedor del plan (Usted pagará lo mínimo) | Lo que usted paga Proveedor fuera del plan (Usted pagará lo máximo) | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| Si le hospitalizan | Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital) | \$1,000 de <u>copago</u> por admisión | No está cubierto | Ninguna |
| | Honorarios del médico/cirujano | Consulte cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital) | No está cubierto | Ninguna |
| Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías | Servicios ambulatorios | Visita al consultorio: \$40 de <u>copago</u> por visita; consulta/conversación en línea: sin cargo; consulta por video: sin cargo | No está cubierto | El <u>copago</u> para las visitas grupales es el 50% de la visita individual. |
| | Servicios internos | \$1,000 de <u>copago</u> por admisión | No está cubierto | Ninguna |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | \$1,000 de <u>copago</u> por admisión | No está cubierto | Luego de la confirmación del embarazo, para la serie normal de visitas de rutina que se programan habitualmente. Los cuidados de maternidad podrían incluir las pruebas y los servicios que se describen en otras partes del SBC (por ejemplo, ultrasonido) |
| | Servicios de parto profesionales | | | |
| | Servicios de instalaciones de partos profesionales | | | |

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga Proveedor del plan (Usted pagará lo mínimo) | Lo que usted paga Proveedor fuera del plan (Usted pagará lo máximo) | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|---|---|--|
| Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales | <u>Cuidado de la salud en el hogar</u> | Sin costo | No está cubierto | Limitado a menos de 8 horas por día y 28 horas por semana |
| | <u>Servicios de rehabilitación</u> | Servicios internos: sin costo; servicios ambulatorios: \$40 de <u>copago</u> por visita | No está cubierto | Paciente interno: las hospitalizaciones en centros multidisciplinarios se limitan a 60 días por enfermedad por año. Paciente ambulatorio: las visitas ambulatorias se limitan a 20 visitas por terapia, por año (los trastornos relacionados con el autismo no están sujetos al límite de visitas) |
| | <u>Servicios de habilitación</u> | \$40 de <u>copago</u> por visita | No está cubierto | Las visitas ambulatorias se limitan a 20 visitas por terapia, por año (los trastornos relacionados con el autismo no están sujetos al límite de visitas) |
| | <u>Cuidado de enfermería especializada</u> | \$1,000 de <u>copago</u> por admisión | No está cubierto | Limitado a 100 días por año |
| | <u>Equipo médico duradero</u> | Sin costo | No está cubierto | La cobertura se limita a los artículos de nuestra <u>lista de DME</u> . Las prótesis de brazos y piernas no tienen costo. Cobertura limitada conforme a las disposiciones federales y estatales |
| | <u>Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</u> | Sin costo | No está cubierto | Ninguna |
| Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista | Examen de la vista pediátrico | \$40 de <u>copago</u> por visita | No está cubierto | Para obtener los servicios de un oftalmólogo, consulte la sección “Visita al <u>especialista</u> ” |
| | Anteojos para niños | No está cubierto | No está cubierto | Ninguna |
| | Chequeo dental pediátrico | No está cubierto | No está cubierto | Ninguna |

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

| Servicios que su <u>plan</u> generalmente NO cubre (consulte el documento de su <u>plan</u> o póliza para encontrar más información y una lista de otros <u>servicios excluidos</u> .) | | |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Acupuntura ● Atención domiciliar con enfermera de custodia/ atención de largo plazo ● Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU. | <ul style="list-style-type: none"> ● Cirugía estética ● Cuidado de los pies de rutina | <ul style="list-style-type: none"> ● Programas para perder peso ● Servicios dentales de rutina |

Otros Servicios Cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su plan.)

| | | |
|--------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| ● Atención quiropráctica | ● Cirugía bariátrica | ● Enfermería privada |
| ● Audífonos con límites | ● Cuidado de los ojos de rutina | ● Tratamiento para la infertilidad |

Sus derechos a continuar con su cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de esas agencias es: el plan al 1-855-249-5005 o TTY 711. También puede comunicarse al departamento de seguros de su estado, a la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444-3272 o en www.dol.gov/ebsa, o al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos al 1-877-267-2323, extensión 61565, o en www.cciio.cms.gov. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguro Médico. Para más información acerca del Mercado, visite www.CuidadoDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por negarle una reclamación. Esta queja se llama reclamo o apelación. Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este reclamo médico. Sus documentos del plan también incluirán información completa sobre cómo presentar un reclamo, apelación o una queja a su plan por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: el plan al 1-855-249-5005 o TTY 711; con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform; o visite la División de Seguros de Colorado, sección Asuntos del Consumidor en 1560 Broadway, Ste 850, Denver, CO 80202 o llame al: 303-894-7490 (dentro del estado, línea gratuita: 800-930-3745), o por correo electrónico a: insurance@dora.state.co.us.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

Si no tiene cobertura esencial mínima durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí

Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, usted podría calificar para un crédito fiscal para las primas para ayudarle a pagar un plan a través del Mercado.

Servicios lingüísticos:

SPANISH (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-855-249-5005.

Consulte la sección “Ayuda en su idioma” al final de este Resumen de Beneficios y Cobertura.

—————*Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.*—————

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este plan podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Preste atención a los montos del costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y a los servicios excluidos del plan. Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros planes médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada

(9 meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

| | |
|-------------------------------------|---------|
| ■ El deducible general del plan | \$0 |
| ■ Especialista [copago] | \$50 |
| ■ Hospital (instalaciones) [copago] | \$1,000 |
| ■ Otro [coseguro] | 0% |

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al especialista (*atención prenatal*)
 Servicios de parto profesionales
 Servicios de instalaciones de partos profesionales
 Pruebas diagnósticas (*sonogramas y análisis de sangre*)
 Visita al especialista (*anestesia*)

| | |
|-------------------------------|-----------------|
| Costo total hipotético | \$12,800 |
|-------------------------------|-----------------|

En este ejemplo, Peg pagaría:

| Costo compartido | |
|-------------------------|---------|
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$1,000 |
| Coseguro | \$40 |

| Qué no está cubierto | |
|-----------------------------|------|
| Límites o exclusiones | \$60 |

| | |
|------------------------------------|----------------|
| El total que Peg pagaría es | \$1,100 |
|------------------------------------|----------------|

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

| | |
|-------------------------------------|---------|
| ■ El deducible general del plan | \$0 |
| ■ Especialista [copago] | \$50 |
| ■ Hospital (instalaciones) [copago] | \$1,000 |
| ■ Otro [coseguro] | 0% |

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico primario (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)
 Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)
 Medicamentos por recetas
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

| | |
|-------------------------------|----------------|
| Costo total hipotético | \$7,400 |
|-------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Joe pagaría:

| Costo compartido | |
|-------------------------|---------|
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$1,100 |
| Coseguro | \$300 |

| Qué no está cubierto | |
|-----------------------------|------|
| Límites o exclusiones | \$60 |

| | |
|------------------------------------|----------------|
| El total que Joe pagaría es | \$1,460 |
|------------------------------------|----------------|

Fractura simple de Mia

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

| | |
|-------------------------------------|---------|
| ■ El deducible general del plan | \$0 |
| ■ Especialista [copago] | \$50 |
| ■ Hospital (instalaciones) [copago] | \$1,000 |
| ■ Otro [coseguro] | 0% |

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Sala de emergencias (*incluye materiales médicos*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Prueba diagnóstica (*radiografía*)
 Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

| | |
|-------------------------------|----------------|
| Costo total hipotético | \$1,900 |
|-------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Mia pagaría:

| Costo compartido | |
|-------------------------|-------|
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$500 |
| Coseguro | \$200 |

| Qué no está cubierto | |
|-----------------------------|-----|
| Límites o exclusiones | \$0 |

| | |
|------------------------------------|--------------|
| El total que Mia pagaría es | \$700 |
|------------------------------------|--------------|

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

SBC #64279