



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 <https://kp.org/plandocuments> o llame al 1-800-278-3296 (TTY: 711) o a la Oficina del Fondo Fiduciario al 1-844-492-9158. 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 1-800-278-3296 (TTY: 711) para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <b>deducible</b> total?	\$0	Consulte la tabla de Circunstancias médicas comunes abajo para conocer los costos de los servicios que cubre este <b>plan</b> .
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <b>deducible</b> ?	No se aplica.	Este <b>plan</b> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <b>deducible</b> . Sin embargo, se podría aplicar un <b>copago</b> o un <b>coseguro</b> . Por ejemplo, este <b>plan</b> cubre ciertos <b>servicios preventivos</b> sin <b>costos compartidos</b> antes de que alcance su <b>deducible</b> . Consulte una lista de <b>servicios preventivos</b> cubiertos en <a href="https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros <b>deducibles</b> para servicios específicos?	No.	No debe pagar <b>deducibles</b> por servicios específicos.
¿Cuánto es el <b>límite de gastos de bolsillo</b> para este <b>plan</b> ?	\$1,500 por individuo/ \$3,000 por familia	El <b>límite de gastos de bolsillo</b> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en el <b>plan</b> , cada uno debe alcanzar su propio <b>límite de gastos de bolsillo</b> hasta alcanzar el <b>límite de gastos de bolsillo</b> general de la familia.
¿Qué es lo que no está incluido en el <b>límite de gastos de bolsillo</b> ?	Las <b>primas</b> , la atención médica que no cubre este <b>plan</b> y los servicios que se indican en la tabla que comienza en la página 2.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <b>límite de gastos de bolsillo</b> .
¿Pagará menos si acude a un <b>proveedor dentro de la red</b> ?	Sí. Para obtener una lista de <b>proveedores de la red</b> , visite <a href="http://www.kp.org">www.kp.org</a> o llame al 1-800-278-3296 (TTY: 711).	Este <b>plan</b> utiliza una <b>red de proveedores</b> . Pagará menos si usa un <b>proveedor</b> que esté incluido en la <b>red</b> del plan. Pagará más si acude a un <b>proveedor fuera de la red</b> , y es posible que reciba una factura de un <b>proveedor</b> por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su <b>plan</b> paga ( <b>facturación de saldo</b> ). Tenga en cuenta que su <b>proveedor dentro de la red</b> puede usar un <b>proveedor fuera de la red</b> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <b>proveedor</b> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <b>derivación</b> para atenderse con un <b>especialista</b> ?	Sí, pero puede autoderivarse a ciertos <b>especialistas</b> .	Este <b>plan</b> pagará algunos o todos los costos para ver a un <b>especialista</b> por servicios cubiertos, pero solo si tiene una <b>derivación</b> antes de ver al <b>especialista</b> .

 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 Proveedor del plan (Usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará Proveedor fuera del plan (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
<b>Si acude al consultorio o clínica del <a href="#">proveedor</a></b>	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
	Consulta con un <a href="#">especialista</a>	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
	<a href="#">Atención preventiva / evaluación</a> / vacunas	Sin costo	No está cubierto	Usted tendrá que pagar por los servicios que no son <a href="#">preventivos</a> . Pregunte a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios que necesita son <a href="#">preventivos</a> . Luego, consulte lo que su <a href="#">plan</a> pagará.
<b>Si se realiza un examen</b>	<a href="#">Exámenes de diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
<b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b> Hay más información disponible sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos</a> con receta médica en <a href="http://www.kp.org/formulary">http://www.kp.org/formulary</a>	Medicamentos genéricos (nivel 1)	\$5 por <a href="#">receta médica</a>	No está cubierto	Hasta un suministro de 100 días al por menor y en orden por correo. Sujeto a las pautas de la <a href="#">lista de medicamentos</a> . Los anticonceptivos no tienen costo.
	Medicamentos de marca preferidos (nivel 2)	\$5 por <a href="#">receta médica</a>	No está cubierto	Hasta un suministro de 100 días al por menor y en orden por correo. Sujeto a las pautas de la <a href="#">lista de medicamentos</a> .
	Medicamentos de marca no preferidos (nivel 2)	\$5 por <a href="#">receta médica</a>	No está cubierto	El <a href="#">costo compartido</a> para medicamentos de marca no preferidos de este <a href="#">plan</a> se alinea con el <a href="#">costo compartido</a> para medicamentos de marca preferidos (nivel 2) cuando esté aprobado mediante el proceso de excepciones de la <a href="#">lista de medicamentos</a> .
	<a href="#">Medicamentos de especialidad</a> (nivel 4)	\$5 por <a href="#">receta médica</a>	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días al por menor. Sujeto a las pautas de la <a href="#">lista de medicamentos</a> .

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor del plan (Usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará Proveedor fuera del plan (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)	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en la Sala de Emergencias</a>	Sin costo	Sin costo	Ninguna
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	Sin costo	Sin costo	Ninguna
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	Sin costo	No está cubierto	Los <a href="#">proveedores fuera del plan</a> están cubiertos cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio: sin costo
<b>Si necesita hospitalización</b>	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes ambulatorios	Sin costo	No está cubierto	Sin costo
	Servicios para pacientes hospitalizados	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	Sin costo	No está cubierto	Se pueden aplicar <a href="#">copagos</a> , <a href="#">coseguros</a> o <a href="#">deducibles</a> según el tipo de servicio. 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	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	Sin costo	No está cubierto	Ninguna

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor del plan (Usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará Proveedor fuera del plan (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
<b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b>	<a href="#">Atención médica en el hogar</a>	Sin costo	No está cubierto	Límite de 3 visitas por día y 100 visitas por año.
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	Paciente hospitalizado y ambulatorio: sin costo	No está cubierto	Ninguna
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	Sin costo	No está cubierto	Límite de 100 días por período de beneficios.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	Sin costo	No está cubierto	Se requiere autorización previa.
	<a href="#">Servicios en un programa de cuidados paliativos</a>	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
<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	No está cubierto	Ninguna
	Anteojos para niños	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna
	Controlo dental para niños	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna

#### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su <a href="#">Plan</a> , por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del <a href="#">plan</a> para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía bariátrica</li> <li>• Anteojos para niños</li> <li>• Atención quiropráctica</li> <li>• Cirugía estética</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención dental (adultos y niños)</li> <li>• Audífonos</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>

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del <a href="#">plan</a> ).		
• Acupuntura (derivado por un proveedor del plan)	• Tratamiento para la infertilidad	• Cuidado de los ojos de rutina (adultos)

**Su derecho a continuar con la cobertura:** 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	1-800-278-3296 (TTY: 711) o <a href="http://www.kp.org/memberservices">www.kp.org/memberservices</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 California	1-800-927-HELP (4357) o <a href="http://www.insurance.ca.gov">www.insurance.ca.gov</a>
Departamento de Atención Médica Administrada de California	1-888-466-2219 o <a href="http://www.dmhc.ca.gov">www.dmhc.ca.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 1-800-788-0616 (TTY: 711)

TAGALOG (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-278-3296 (TTY: 711)

TRADITIONAL CHINESE (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-757-7585 (TTY: 711)

PENNSYLVANIA DUTCH (Deutsch): Fer Hilf griegie in Deutsch, ruf 1-800-278-3296 (TTY: 711) uff

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

SAMOAN (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-800-278-3296 (TTY: 711)

CAROLINIAN (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-800-278-3296 (TTY: 711)

CHAMORRO (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, à'gang 1-800-278-3296 (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 <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$0
■ <a href="#">Copago</a> para el <a href="#">especialista</a>	\$0
■ <a href="#">Copago</a> del hospital (establecimiento)	\$0
■ Otro <a href="#">copago</a> (análisis de sangre)	\$0

#### 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*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$12,700</b>
--------------------------------	-----------------

#### En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$10
<a href="#">Coseguro</a>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$50
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$60</b>

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$0
■ <a href="#">Copago</a> para el <a href="#">especialista</a>	\$0
■ <a href="#">Copago</a> del hospital (establecimiento)	\$0
■ Otro <a href="#">copago</a> (análisis de sangre)	\$0

#### 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 con receta médica](#)  
[Equipo médico duradero](#) (*glucómetro*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$5,600</b>
--------------------------------	----------------

#### En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$200
<a href="#">Coseguro</a>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$200</b>

### Fractura simple de Mia

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

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$0
■ <a href="#">Copago</a> para el <a href="#">especialista</a>	\$0
■ <a href="#">Copago</a> del hospital (establecimiento)	\$0
■ Otro <a href="#">copago</a> (radiografía)	\$0

#### 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>\$2,800</b>
--------------------------------	----------------

#### En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$0</b>

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