



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 1-877-580-6125 (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 1-877-580-6125 (TTY: 711) para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deducible total</u> ?	\$3,200 por individuo/\$6,400 por familia.	En general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta la cantidad <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si usted tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada uno debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que 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> 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 <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> ?	\$5,500 por individuo/\$11,000 por familia	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada uno debe alcanzar su propio <u>límite de gastos de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> general de la familia.
¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	Las <u>primas</u> , 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 del plan</u> , visite <a href="http://www.kp.org/mercermarketplace">www.kp.org/mercermarketplace</a> o llame al 1-877-580-6125 (TTY: 711).	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> que esté incluido en la <u>red del plan</u> . Pagará más si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga ( <u>facturación de saldo</u> ). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <u>derivación para atenderse con un especialista</u> ?	Sí, pero puede autoderivarse a ciertos <u>especialistas</u> .	Este <u>plan</u> pagará algunos o todos los costos para ver a un <u>especialista</u> por servicios cubiertos, pero solo si tiene una <u>derivación</u> antes de ver al <u>especialista</u> .

⚠ Todos los **copagos** y el **coseguro** que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su **deducible**, si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará 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 proveedor</b>	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	30% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
	Consulta con un <u>especialista</u>	30% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
	<u>Atención preventiva/ evaluación/vacunas</u>	Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica.	No está cubierto	Usted tendrá que pagar por los servicios que no son <u>preventivos</u> . Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son <u>preventivos</u> . Luego, consulte lo que su <u>plan</u> pagará.
<b>Si se realiza un examen</b>	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	Radiografías: 30% de <u>coseguro</u> Pruebas de laboratorio: 30% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	30% de <u>coseguro</u>	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 un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica</b> Hay más información disponible sobre la <b>cobertura de medicamentos con receta médica</b> en <a href="http://www.kp.org/formulary">www.kp.org/formulary</a>	La mayoría de los medicamentos genéricos (nivel 1)	Al por menor y en orden por correo: 30% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días al por menor o hasta un suministro de 90 días en orden por correo. Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica para los anticonceptivos ni medicamentos de quimioterapia oral. Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> .
	La mayoría de los medicamentos de marca preferidos (nivel 2)	Al por menor y en orden por correo: 30% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días al por menor o hasta un suministro de 90 días en orden por correo. Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica para los medicamentos de quimioterapia oral. Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> .
	Medicamentos no preferidos (nivel 3)	Al por menor y en orden por correo: 30% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días al por menor o hasta un suministro de 90 días en orden por correo. Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica para los medicamentos de quimioterapia oral. Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> cuando estén aprobados mediante el proceso de excepciones.
	<u>Medicamentos de especialidad</u> (nivel 4)	Al por menor: 30% de <u>coseguro</u> hasta \$150 por <u>receta médica</u>	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días (al por menor). Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> cuando estén aprobados mediante el proceso de excepciones.
<b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	30% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano	30% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<u>Atención en la Sala de Emergencias</u>	30% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	30% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Atención de urgencia</u>	30% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Los <u>proveedores fuera del plan</u> están cubiertos cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio: 30% de <u>coseguro</u>

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 hospitalización</b>	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	30% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano	30% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes ambulatorios	30% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Los exámenes psicológicos y neuropsicológicos de habilidad, aptitud, inteligencia o interés no están cubiertos.
	Servicios para pacientes hospitalizados	30% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica.	No está cubierto	Se pueden aplicar <u>copagos</u> , <u>coseguros</u> o <u>deducibles</u> 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	30% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	30% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
<b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b>	<u>Atención médica en el hogar</u>	30% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Límite de 120 consultas por año.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Paciente ambulatorio: 30% de <u>coseguro</u> Paciente hospitalizado: 30% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Paciente ambulatorio: Límite de 20 visitas por año por terapia.
	<u>Servicios de habilitación</u>	30% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	30% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Límite de 120 consultas por año.
	<u>Equipo médico duradero</u>	30% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Se requiere autorización previa.
	<u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u>	30% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
<b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>	Examen de la vista para niños	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna
	Anteojos para niños	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna
	Control dental para niños	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna

## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- Anteojos para niños
- Cirugía estética
- Atención dental (adultos y niños)
- Cuidados a largo plazo
- Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Enfermería privada
- Cuidado de los ojos de rutina (adultos y niños)
- Cuidado de los pies de rutina
- Programas para perder peso

### Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).

- Acupuntura (se limita a 12 visitas por año)
- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica (se limita a 30 visitas por año)
- Audífonos (límite de \$1,000 por oído, cada 12 meses)
- Tratamiento para la infertilidad (límite de 3 procedimientos *in vitro* por nacido vivo; límite de \$100,000 de por vida)

**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	1-855-249-5018 (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	1-866-444-3272 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 extensión 61565 o <a href="http://www.cciio.cms.gov">www.cciio.cms.gov</a>
Departamento de Seguros de Maryland	1-877-261-8807 o <a href="http://www.oag.state.md.us">www.oag.state.md.us</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 1-855-249-5018 (TTY: 711).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-855-249-5018 (TTY: 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-855-249-5018 (TTY: 711).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-855-249-5018 (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 deducible general del plan \$3,200
- Coseguro para el especialista 30%
- Coseguro del hospital (establecimiento) 30%
- Otro coseguro (análisis de sangre) 30%

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 deducible general del plan \$3,200
- Coseguro para el especialista 30%
- Coseguro del hospital (establecimiento) 30%
- Otro coseguro (análisis de sangre) 30%

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*)

### Fractura simple de Mia

(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- El deducible general del plan \$3,200
- Coseguro para el especialista 30%
- Coseguro del hospital (establecimiento) 30%
- Otro coseguro (análisis de sangre) 30%

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>	\$3,200
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$1,600
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$4,860</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>	\$1,500
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$500
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$2,000</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>	\$2,800
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$2,800</b>





**فارسی (Farsi) توجه:** اگر بہ زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراہم می باشد۔  
با 1-800-777-7902 (TTY: 711) تماس بگیرید۔

**Français (French) ATTENTION:** Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-777-7902 (TTY: 711).

**Deutsch (German) ACHTUNG:** Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung.  
Rufnummer: 1-800-777-7902 (TTY: 711).

(Gujarati)

1-800-777-7902 (TTY: 711).

**Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole) ATANSYON:** Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-777-7902 (TTY: 711).

(Hindi)

(TTY: 711)

**Igbo (Igbo) NR BAMA:** Ọ bụrụ na ị na asụ Igbo, ọrụ enyemaka asụsụ, n'efu, dijirị gị. Kpọọ 1-800-777-7902 (TTY: 711).

**Italiano (Italian) ATTENZIONE:** In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-777-7902 (TTY: 711).

(Japanese)

TTY: 711

(Korean)

1-800-777-7902 (TTY: 711)

**Naabeehó (Navajo) Díí baa akó nínízin:** Díí saad bee yánífti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, kojí' hódíílnih 1-800-777-7902 (TTY: 711).

**Português (Portuguese) ATENÇÃO:** Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-777-7902 (TTY: 711).

если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-777-7902 (TTY: 711).

**Español (Spanish) ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-777-7902 (TTY: 711).

**Tagalog (Tagalog) PAUNAWA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.  
Tumawag sa 1-800-777-7902 (TTY: 711).

**ไทย (Thai) เรียน:** ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-777-7902 (TTY: 711).

**اردو (Urdu) خبردار:** اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-800-777-7902 (TTY: 711)۔

**Ti ng Vi t (Vietnamese) CHÚ Ý:** Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-777-7902 (TTY: 711).

**Yorùbá (Yoruba) AKIYESI:** Ti o ba nso ede Yoruba ofe ni iranlowo lori ede wa fun yin o. E pe ero ibanisoro yi 1-800-777-7902 (TTY: 711).