

 **Este es solo un resumen.** Si desea más información sobre la cobertura y los precios, puede obtener los documentos del plan o términos completos de la póliza en www.kp.org o llamando al 1-800-278-3296.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Qué es el <u>deducible</u> general?	\$0	Consulte el cuadro de la página 2 para obtener los precios de los servicios que cubre este plan.
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	Usted no tiene que pagar <u>deducibles</u> para servicios específicos, pero debe consultar el cuadro que comienza en la página 2 para obtener los precios de otros servicios cubiertos por el plan.
¿Hay un <u>límite para los gastos de mi bolsillo</u> ?	Sí. \$1,500 por individuo/\$3,000 por familia	El <u>límite de gastos del bolsillo</u> es la cantidad máxima que usted pagará por los servicios cubiertos durante el período de cobertura (generalmente un año). Este límite le permite planificar sus gastos médicos.
¿Cuáles son las <u>expensas que no cuentan para el límite de gastos del bolsillo</u> ?	Las primas, la atención médica que este plan no cubre y los costos compartidos para algunos servicios mencionados en los documentos del plan.	Si bien usted paga estos costos, los mismos no se tendrán en cuenta para el <u>límite de gastos del bolsillo</u> .
¿Hay un límite anual general para lo que paga el plan?	No.	El cuadro que comienza en la página 2 describe los límites de cobertura del plan para servicios <i>específicos</i> , como los límites al número de visitas médicas.
¿Tiene este plan una <u>red de proveedores</u> ?	Sí. Para obtener una lista de <u>proveedores del plan</u> , consulte www.kp.org o llame al 1-800-278-3296.	Si usted se atiende con médicos y <u>proveedores</u> de atención médica de la red, el plan pagará algunos o todos los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que su médico u hospital de la red podría usar algún <u>proveedor</u> que no pertenezca a la red para algunos servicios. Los planes usan términos como perteneciente a la red, <u>preferido</u> o participante para referirse a los <u>proveedores</u> de la <u>red</u> del plan. Consulte el cuadro que comienza en la página 2 para averiguar cómo les paga este plan a sus distintos <u>proveedores</u> .
¿Necesito un <u>referido para ver a un especialista</u> ?	Sí, pero usted puede autorreferirse para algunos especialistas.	El plan pagará algunos o todos los costos para consultar a un <u>especialista</u> por servicios cubiertos, pero solo si usted tiene el permiso del plan antes de ver al <u>especialista</u> .
¿Hay algún servicio que el plan no cubra?	Sí.	Algunos servicios que este plan no cubre se mencionan en la página 5. Para averiguar cuáles son los <u>servicios excluidos</u> , vea los documentos del plan o póliza.

Preguntas: Llame al 1-800-278-3296 o 1-800-777-1370 (TTY), o visite www.kp.org. Si no entiende

alguno de los términos subrayados usados en este formulario, consulte el Glosario. Consulte el Glosario en www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf o llame al 1-800-278-3296 o 1-800-777-1370 (TTY) y pida una copia.



- **Copago** es una cantidad fija (por ejemplo \$15) que usted paga por los servicios médicos cubiertos, generalmente al momento de recibirlos.
- **Coseguro** es la parte que le corresponde pagar a *usted* por un servicio cubierto, que es un porcentaje de la **cantidad aprobada** para dicho servicio. Por ejemplo, si la **cantidad aprobada** por el plan para pasar la noche en el hospital es \$1,000, su **coseguro** será el 20% de esa cantidad, o sea \$200. Esta cantidad puede cambiar si usted aún no ha pagado el **deducible**.
- El pago del plan por los servicios cubiertos está basado en la **cantidad aprobada**. Si un **proveedor** fuera de la red le cobra más de la **cantidad aprobada**, usted tendrá que pagar la diferencia. Por ejemplo, en un hospital que no pertenece a la red le cobran por pasar la noche internado \$1,500 y la **cantidad aprobada** es \$1,000, usted tendrá que pagar la diferencia de \$500 (conocida como **saldo de facturación**).
- El plan puede animarlo a que use **proveedores del plan** cobrándole **deducibles**, **copagos** y **coseguro** más bajos.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedor del plan	Sus costos si usted usa proveedor fuera del plan	Limitaciones y excepciones
Si se atiende en la clínica o consultorio del <u>proveedor</u> médico	Consulta con su médico principal para tratar una condición o herida	\$10 por visita	Sin cobertura	—————ninguna—————
	Consulta con un especialista	\$10 por visita	Sin cobertura	Los servicios relacionados con la infertilidad están cubiertos al 50% de coseguro por visita.
	Consulta con otro proveedor de la salud	\$10 por visita para servicios de acupuntura	Sin cobertura	El cuidado quiropráctico no está cubierto. Acupuntura con un referido del médico.
	Servicios preventivos/ evaluaciones/vacunas	Sin cargo	Sin cobertura	Algunos análisis de prevención (como laboratorio e imágenes) pueden tener un costo compartido diferente.
Si tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Radiografías: Sin cargo; Análisis de laboratorio: Sin cargo	Sin cobertura	—————ninguna—————
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	Sin cargo	Sin cobertura	—————ninguna—————

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedor del plan	Sus costos si usted usa proveedor fuera del plan	Limitaciones y excepciones
Si necesita un medicamento Para más información sobre la <u>cobertura de medicamentos recetados</u> , visite www.kp.org/formulary .	Medicamentos genéricos	\$10 por receta para un suministro de 1 a 100 días	Sin cobertura	Debe estar en concordancia con las pautas del formulario. Algunos medicamentos pueden estar cubiertos a un costo compartido diferente.
	Medicamentos de marca preferidos	\$15 por receta para un suministro de 1 a 100 días	Sin cobertura	Debe estar en concordancia con las pautas del formulario. Algunos medicamentos pueden estar cubiertos a un costo compartido diferente.
	Medicamentos de marca no preferidos	De la misma manera que los medicamentos de marca preferidos.	Sin cobertura	De la misma manera que los medicamentos de marca preferidos cuando se aprueban a través del proceso de excepciones.
	Medicamentos especiales	De la misma manera que los medicamentos de marca preferidos.	Sin cobertura	De la misma manera que los medicamentos de marca preferidos cuando se aprueban a través del proceso de excepciones.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (clínica)	\$10 por procedimiento	Sin cobertura	————ninguna————
	Tarifa del médico/cirujano	Sin cargo	Sin cobertura	————ninguna————
Si necesita atención inmediata	Servicios de la sala de emergencias	\$50 por visita	\$50 por visita	————ninguna————
	Traslado médico de emergencia	Sin cargo	Sin cargo	————ninguna————
	Cuidado urgente	\$10 por visita	\$10 por visita	Proveedores fuera del plan cubiertos cuando se encuentra fuera de un área de servicio.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedor del plan	Sus costos si usted usa proveedor fuera del plan	Limitaciones y excepciones
Si lo admiten al hospital	Arancel del hospital (habitación)	Sin cargo	Sin cobertura	————ninguna————
	Tarifa del médico/cirujano	Sin cargo	Sin cobertura	————ninguna————
Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta	\$10 por visita individual; \$5 por visita grupal	Sin cobertura	————ninguna————
	Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados	Sin cargo	Sin cobertura	————ninguna————
	Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias	\$10 por visita individual; \$5 por visita grupal	Sin cobertura	————ninguna————
	Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados	Sin cargo	Sin cobertura	————ninguna————
Si está embarazada	Cuidados prenatales y post parto	Cuidado prenatal: Sin cargo; Cuidado post parto: Sin cargo	Cuidado prenatal: Sin cobertura; Cuidado post parto: Sin cobertura	Prenatal: El costo compartido es únicamente para la atención preventiva de rutina; Post parto: El costo compartido es únicamente para la primera visita post parto.
	Parto y todos los servicios de internación	Sin cargo	Sin cobertura	————ninguna————
Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales	Cuidado de la salud en el hogar	Sin cargo	Sin cobertura	Hasta un máximo de 2 horas por visita, hasta un máximo de 3 visitas por día, hasta un máximo de 100 visitas por año calendario.
	Servicios de rehabilitación	Paciente internado: Sin cargo; Paciente ambulatorio: \$10 por visita	Sin cobertura	————ninguna————
	Servicios de recuperación de las habilidades	\$10 por visita	Sin cobertura	————ninguna————
	Cuidado de enfermería especializado	Sin cargo	Sin cobertura	Hasta un máximo de 100 días por período de beneficio.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedor del plan	Sus costos si usted usa proveedor fuera del plan	Limitaciones y excepciones
	Equipo médico duradero	Sin cargo	Sin cobertura	Debe estar en concordancia con las pautas del formulario. Requiere autorización previa.
	Cuidado de hospicio	Sin cargo	Sin cobertura	Limitado a diagnósticos de enfermedad terminal con una expectativa de vida de doce meses o menos.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista	Sin cargo	Sin cobertura	————ninguna————
	Anteojos	Sin cobertura	Sin cobertura	————ninguna————
	Consulta dental	Sin cobertura	Sin cobertura	Podría tener otro tipo de cobertura dental que no esté descrita aquí.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Los servicios que su plan NO cubre. (Esta es una lista parcial. Consulte su póliza o los documentos del plan para otros servicios excluidos).

<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado quiropráctico • Cirugía estética • Atención dental (adultos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Audífonos • Atención a largo plazo • Atención que no sea de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería privada • Cuidado de los pies de rutina a menos que sea necesario por motivos médicos • Programas de pérdida de peso
--	---	--

Otros servicios cubiertos. (Esta es una lista parcial. Consulte su póliza o los documentos del plan para otros servicios cubiertos y sus precios).

<ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura (con un referido del médico del plan) • Cirugía bariátrica 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de infertilidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención de la vista de rutina (adultos)
--	---	--

Su derecho para continuar con la cobertura:

Si usted pierde cobertura bajo el plan, entonces, según las circunstancias, las leyes estatales y federales pueden brindar la protección que le permita mantener la cobertura médica. Todos estos derechos pueden ser limitados en cuanto a su duración y requerirán que usted pague una **prima**, que puede ser significativamente mayor que la **prima** que paga mientras está cubierto por el plan. También pueden regir otras limitaciones en sus derechos para continuar su cobertura. Para obtener más información sobre sus derechos para continuar con la cobertura, comuníquese con el plan al 1-800-278-3296. También puede comunicarse con el Departamento Estatal de Seguros, la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado, del Departamento de Trabajo de los EE. UU., al 1-866-444-3272 o en www.dol.gov/ebsa, o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. al 1-877-267-2323, ext. 61565, o en www.cciio.cms.gov.

Su derecho a presentar una queja o una apelación:

Si tiene una queja o no está conforme con una denegación de cobertura de su plan, puede apelar la decisión o presentar una queja. Si tiene preguntas sobre sus derechos, este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: Kaiser Permanente al 1-800-278-3296 o en www.kp.org/memberservices.

Si esta cobertura está sujeta a la Ley de Protección de Ingresos para el Retiro de Empleados (Employee Retirement Income Security Act, ERISA), puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform, y con el Departamento de Seguros de California al 1-800-927-HELP (4357) o en www.insurance.ca.gov.

Si esta cobertura no está sujeta a la ERISA, también puede comunicarse con el Departamento de Seguros de California al 1-800-927-HELP (4357) o en www.insurance.ca.gov.

Además, este programa de asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar su apelación:

Department of Managed Health Care Help Center	1-888-466-2219
980 9th Street, Suite 500	www.healthhelp.ca.gov
Sacramento, CA 95814	helpline@dmhc.ca.gov

¿Esta cobertura proporciona cobertura esencial mínima?

La Ley de Atención Accesible requiere que la mayoría de las personas tenga cobertura de atención médica que califique como “cobertura esencial mínima”. **Este plan o póliza proporciona cobertura esencial mínima.**

¿Esta cobertura alcanza el estándar de valor mínimo?

La Ley de Atención Accesible establece un estándar de valor mínimo para los beneficios de un plan médico. El estándar de valor mínimo es del 60% (valor actuarial). **Esta cobertura médica alcanza el estándar de valor mínimo para los beneficios que proporciona.**

Servicios de acceso al idioma:

SPANISH (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-788-0616 o TTY/TDD 1-800-777-1370

TAGALOG (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-278-3296 or TTY/TDD 1-800-777-1370

CHINESE (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-800-757-7585 or TTY/TDD 1-800-777-1370

NAVAJO (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-278-3296 or TTY/TDD 1-800-777-1370

Para ejemplos sobre cómo este plan paga por los servicios en una situación médica específica, consulte la página siguiente.

Sobre los ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos le muestran cómo cubriría este plan los servicios médicos en situaciones distintas. Úselos para tener una idea de cuánta cobertura económica podría obtener el paciente del ejemplo de los distintos planes.



Esta no es una herramienta de cálculo de costos.

No use estos ejemplos para calcular los costos reales de su plan. Los servicios médicos que usted reciba y los precios pueden ser distintos a los mencionados en los ejemplos.

Para información importante sobre estos ejemplos, consulte la página siguiente.

Nacimiento (parto normal)

- **El proveedor cobra:** \$7,540
- **El plan paga:** \$7,320
- **Usted paga:** \$220

Ejemplos de los costos:

El costo del hospital (madre)	\$2,700
Atención de rutina del obstetra	\$2,100
El costo del hospital (bebé)	\$900
Anestesia	\$900
Análisis de laboratorio	\$500
Recetas	\$200
Radiografías	\$200
Vacunas y otros servicios preventivos	\$40
Total	\$7,540

Usted paga:

Deducibles	\$0
Copagos	\$20
Coseguro	\$0
Límites o exclusiones	\$200
Total	\$220

Control de la diabetes tipo 2 (control rutinario de la enfermedad)

- **El proveedor cobra:** \$5,400
- **El plan paga:** \$4,720
- **Usted paga:** \$680

Ejemplos de los costos:

Recetas	\$2,900
Equipo médico e insumos	\$1,300
Visitas al consultorio y procedimientos médicos	\$700
Educación	\$300
Análisis de laboratorio	\$100
Vacunas y otros servicios preventivos	\$100
Total	\$5,400

Usted paga:

Deducibles	\$0
Copagos	\$600
Coseguro	\$0
Límites o exclusiones	\$80
Total	\$680

Preguntas y respuestas sobre los ejemplos mencionados:

¿Qué conceptos se presuponen de estos ejemplos?

- Los costos no incluyen las primas.
- Los ejemplos de costos están basados en los promedios nacionales provenientes del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. y que no son específicos para una zona geográfica o un plan.
- La afección del paciente no es una afección excluida ni preexistente.
- Todos los servicios y tratamientos empezaron y terminaron en el mismo período de cobertura.
- No hay otros gastos médicos para ningún miembro cubierto por este plan.
- Los gastos del bolsillo están basados solamente en el tratamiento del problema mencionado en el ejemplo.
- El paciente recibió todos los servicios de proveedores de la red del plan. Si el paciente hubiese recibido los servicios de proveedores fuera de la red, los costos hubieran sido más altos.

¿Qué muestra el ejemplo?

En cada ejemplo usted verá cómo suman los deducibles, copagos y coseguro. También le ayudan a ver cuáles son los gastos que tendrá que pagar usted porque no están cubiertos o porque el pago es limitado.

¿Contempla el ejemplo mis propias necesidades?

- ✗ **No.** Los tratamientos que mencionamos son solo ejemplos. El tratamiento que usted podría recibir para esta afección tal vez sea distinto, según cuál sea el consejo de su médico, su edad, la gravedad de su caso y otros factores.

¿Puede el ejemplo predecir mis gastos futuros?

- ✗ **No.** Los ejemplos de cobertura **no** son herramientas de cálculo de costos. Usted no puede usar el ejemplo para estimar el costo del cuidado de su afección. El ejemplo es únicamente para fines comparativos. Sus costos reales diferirán dependiendo de los servicios que reciba, del precio del proveedor y del reembolso que autorice el plan.

¿Puedo usar los ejemplos para comparar los planes?

- ✓ **Sí.** Cuando usted se fija en el Resumen de Beneficios y Cobertura de otros planes, encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Cuando compare los planes, fíjese en el casillero titulado “Usted paga” de cada ejemplo. Cuanto más bajo el número, mayor será la cobertura ofrecida por el plan.

¿Debo tener en cuenta otros costos al comparar los planes?

- ✓ **Sí.** Un gasto importante es lo que paga de prima. Por lo general, cuanto más baja sea la prima, mayores serán los gastos de su bolsillo, como los copagos, deducibles y coseguro. También debe tener en cuenta las contribuciones a cuentas tales como las Cuentas de Ahorros Médicos (HSA), Acuerdos de Gastos Flexibles (FSA) o las Cuentas de Reembolsos Médicos (HRA) que le ayudan con los gastos del bolsillo.

This page is intentionally left blank.