



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

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



- **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 de \$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 (que no pertenece a la red del plan) 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 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** o **coseguro** más bajos.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores del plan	Sus costos si usted usa proveedores fuera del plan	Limitaciones y excepciones
Si se atiende en la clínica o consultorio del proveedor médico	Consulta con su médico principal para tratar una condición o herida	\$10 por consulta	No está cubierto	-ninguna-
	Consulta con un especialista	\$10 por consulta	No está cubierto	Los servicios relacionados con la infertilidad están cubiertos con un coseguro del 50% por consulta
	Consulta con otro proveedor de la salud	\$10 por consulta para servicios de acupuntura	No está cubierto	La atención de un quiropráctico no está cubierta. Acupuntura referida por un médico
	Servicios preventivos/ evaluaciones/vacunas	Sin costo	No está cubierto	Es posible que algunas evaluaciones preventivas (como las pruebas de laboratorio y las imágenes diagnósticas) tengan un costo compartido diferente
Si tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Radiografías: sin costo; pruebas de laboratorio: sin costo	No está cubierto	-ninguna-
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	Sin costo	No está cubierto	-ninguna-

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores del plan	Sus costos si usted usa proveedores fuera del plan	Limitaciones y excepciones
Si necesita un medicamento Para más información sobre la cobertura de medicamentos visite www.kp.org/formulary	Medicamentos genéricos	\$10 por receta médica para un suministro de 1 a 100 días	No está cubierto	De conformidad con las pautas de la lista de medicamentos. Es posible que algunos medicamentos estén cubiertos con un costo compartido diferente
	Medicamentos de marca preferidos	\$15 por receta médica para un suministro de 1 a 100 días	No está cubierto	De conformidad con las pautas de la lista de medicamentos. Es posible que algunos medicamentos estén cubiertos con un costo compartido diferente
	Medicamentos de marca no preferidos	Lo mismo que para los medicamentos de marca preferidos	No está cubierto	Lo mismo que para los medicamentos de marca preferidos cuando estén aprobados mediante el proceso de excepciones
	Medicamentos especiales	Lo mismo que para los medicamentos de marca preferidos	No está cubierto	Lo mismo que para los medicamentos de marca preferidos cuando estén aprobados mediante el proceso de excepciones
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (clínica)	\$10 por procedimiento	No está cubierto	-ninguna-
	Tarifa del médico/cirujano	Sin costo	No está cubierto	-ninguna-
Si necesita atención inmediata	Servicios de la sala de emergencias	\$50 por consulta	\$50 por consulta	-ninguna-
	Traslado médico de emergencia	Sin costo	Sin costo	-ninguna-
	Cuidado urgente	\$10 por consulta	\$10 por consulta	Los proveedores fuera del plan están cubiertos cuando usted se encuentra fuera del área de servicio
Si lo admiten al hospital	Arancel del hospital (habitación)	Sin costo	No está cubierto	-ninguna-
	Tarifa del médico/cirujano	Sin costo	No está cubierto	-ninguna-

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores del plan	Sus costos si usted usa proveedores fuera del plan	Limitaciones y excepciones
Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta	\$10 por consulta individual; \$5 por consulta grupal	No está cubierto	-ninguna-
	Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados	Sin costo	No está cubierto	-ninguna-
	Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias	\$10 por consulta individual; \$5 por consulta grupal	No está cubierto	-ninguna-
	Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados	Sin costo	No está cubierto	-ninguna-
Si está embarazada	Cuidados prenatales y post parto	Cuidados prenatales: sin costo; cuidados post parto: sin costo	Cuidados prenatales: no están cubiertos; cuidados post parto: no están cubiertos	Prenatal: el costo compartido es solo para la atención preventiva de rutina; post parto: el costo compartido es solo para la primera consulta post parto
	Parto y todos los servicios de internación	Sin costo	No está cubierto	-ninguna-
Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales	Cuidado de la salud en el hogar	Sin costo	No está cubierto	Hasta un máximo de 2 horas por consulta, hasta un máximo de 3 visitas al día, hasta un máximo de 100 visitas por año calendario
	Servicios de rehabilitación	Paciente internado: sin costo; paciente ambulatorio: \$10 por consulta	No está cubierto	-ninguna-
	Servicios de recuperación de las habilidades	\$10 por consulta	No está cubierto	-ninguna-
	Cuidado de enfermería especializado	Sin costo	No está cubierto	Hasta un máximo de 100 días por período de beneficios
	Equipo médico duradero	Sin costo	No está cubierto	Debe estar de acuerdo con las pautas de la lista de medicamentos. Se requiere autorización previa
	Cuidado de hospicio	Sin costo	No está cubierto	Limitado al diagnóstico de una enfermedad terminal con una expectativa de vida de doce meses o menos

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores del plan	Sus costos si usted usa proveedores fuera del plan	Limitaciones y excepciones
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista	Sin costo	No está cubierto	-ninguna-
	Anteojos	No está cubierto	No está cubierto	-ninguna-
	Consulta dental	No está cubierto	No está cubierto	Es posible que usted tenga otra cobertura dental que no se describa aquí

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Los servicios que su plan NO cubre. (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan para <u>más información.</u>)		
<ul style="list-style-type: none"> Atención dental (adultos) Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU. Atención quiropráctica 	<ul style="list-style-type: none"> Audífonos Cirugía estética Cuidado rutinario de los pies a menos que sea necesario por motivos médicos 	<ul style="list-style-type: none"> Cuidados a largo plazo Enfermería privada Programas para perder peso

Otros servicios cubiertos. (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan para otros servicios cubiertos y sus precios.)		
<ul style="list-style-type: none"> Acupuntura (referido por un proveedor del plan) Cirugía bariátrica 	<ul style="list-style-type: none"> Cuidado de los ojos de rutina (adultos) 	<ul style="list-style-type: none"> Tratamiento para la infertilidad

Su derecho para continuar con la cobertura:

En caso de que usted pierda la cobertura del plan y dependiendo de cuáles sean las circunstancias, es posible que las leyes federales y estatales le proporcionen protecciones que le permitan conservar la cobertura de salud. Cualquiera de esos derechos podría tener una duración limitada y exigirle el pago de una **prima**, que podría ser considerablemente más alta que la **prima** que usted paga cuando tiene la cobertura del plan. Es posible que también se apliquen otras limitaciones a su derecho a continuar con la cobertura. Para obtener más información sobre su derecho a continuar con la cobertura, comuníquese al plan al 1-800-278-3296. 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 x61565 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 necesita ayuda, comuníquese con Kaiser Permanente al 1-800-278-3296 o en línea en www.kp.org/memberservices.

Si esta cobertura está sujeta a la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados (ERISA), puede comunicarse a la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 1-866-444-3272 o en www.dol.gov/ebsa/healthreform, y al Departamento de Seguros de California al 1-800-927-4357 o en www.insurance.ca.gov.

Si esta cobertura no está sujeta a la ERISA, también puede comunicarse al Departamento de Seguros de California al 1-800-927-4357 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

¿Provee Cobertura Esencial Mínima esta Cobertura?

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio requiere que la mayoría de las personas tengan cobertura de atención médica que cumpla los requisitos de ser "cobertura esencial mínima". **Este plan o esta póliza ofrece cobertura esencial mínima.**

¿Satisface esta Cobertura el Estándar de Valor Mínimo?

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio establece un estándar de valor mínimo para los beneficios de un plan médico. El estándar de valor mínimo es 60% (valor actuario). **Esta cobertura médica cumple el estándar de valor mínimo para los beneficios que provee.**

Servicios de Acceso en Distintos Idiomas:

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 el plan los servicios en situaciones distintas. Úselos para tener una idea de cuánta cobertura económica podría obtener el paciente del ejemplo de los distintos planes.



Ésta 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
Medicamentos	\$200
Radiografías	\$200
Vacunas y otros servicios preventivos	\$40
Total	\$7,540

El paciente paga:

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

Control de la diabetes

(control rutinario de la enfermedad)

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

Ejemplo de los costos:

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

El paciente 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 condición 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 condición 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 condición. El ejemplo es únicamente para fines comparativos. Sus costos reales dependerán 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.

Preguntas: Llame al 1-800-278-3296 o al 1-800-777-1370 (línea TTY) o visite www.kp.org.

Si no entiende alguno de los términos en **negritas**, consulte el Glosario

en www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf o llame al 1-800-278-3296 o al 1-800-777-1370 (línea TTY) y pida una copia.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.