




Todos los planes son ofrecidos y están garantizados por Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest

 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 o llame al 1-800-813-2000 (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 <http://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 1-800-813-2000 (TTY: 711) para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	\$0 por individuo/\$0 por familia	Ver los eventos médicos comunes tabla de abajo para que sus costos por los servicios de este plan cubre.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	No es aplicable.	Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha cumplido con el deducible. Pero un copago o coseguro pueden aplicar. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin gasto compartido y antes de alcanzar su deducible. Ver una lista de servicios preventivos cubiertos al https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	Usted no tiene que cumplir con deducibles para servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	\$600 por individuo/\$1,200 por familia	El límite de desembolso es el máximo que usted podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan, tiene que cumplir con sus propios límites de desembolso personal hasta que se cumpla el límite de desembolso familiar general.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Las primas, la atención médica que no cubre este plan y los servicios que se indican en la tabla que comienza en la página 2.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo.
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ?	Sí. Para obtener una lista de proveedores participantes, visite www.kp.org o llame al 1-800-813-2000 (TTY: 711).	Este plan utiliza una red de proveedores. Pagará menos si usa un proveedor que esté incluido en la red del plan. Pagará más si acude a un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los

		servicios.
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista ?	Sí, pero puede autoderivarse a ciertos especialistas.	Este plan pagará algunos o todos los costos para ver a un especialista por servicios cubiertos, pero solo si tiene una derivación antes de ver al especialista.



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		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor seleccionado (Usted pagará el mínimo)	Proveedor no participante (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$10 / visita	No está cubierto	Ninguna
	Consulta con un especialista	\$20 / visita	No está cubierto	Ninguna
	Atención preventiva/ evaluación /vacunas	Sin cargo	No está cubierto	Es posible que tenga que pagar por los servicios que no son preventivos. Pregunte a su personal medico si los servicios necesarios son preventivos. Vea en su plan para saber lo que su plan pagará.
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Radiografías: Sin cargo Pruebas de laboratorio: Sin cargo	No está cubierto	Ninguna
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	\$50 / visita	No está cubierto	Algunos servicios pueden requerir autorización previa.
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad	Medicamentos genéricos	Venta al por menor \$15; pedido por correo de \$30 / prescripción	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días o un pedido por correo de 90 días. Sujeto a las pautas del formulario.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor seleccionado (Usted pagará el mínimo)	Proveedor no participante (Usted pagará el máximo)	
	Medicamentos de marca preferidos	Venta al por menor \$15; pedido por correo de \$30 / prescripción	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días o un pedido por correo de 90 días. Sujeto a las pautas del formulario.
	Medicamentos de marca no preferidos	Acciones genéricas o preferidas de los costos de medicamentos.	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días o un pedido por correo de 90 días. Sujeto a las pautas del formulario, cuando se apruebe mediante un proceso de excepción.
	Medicamentos de especialidad	Se aplican los costos compartidos de los medicamentos genéricos o de marca preferidos correspondientes.	No está cubierto	Se aplican los límites de medicamentos genéricos, de marca preferida, de marca no preferida y las autorizaciones.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$20 / visita	No está cubierto	Se requiere autorización previa.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo	No está cubierto	Los honorarios del médico/cirujano están incluidos en la tarifa del Centro.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	\$75 / visita	\$75 / visita	Renunciado si es admitido.
	Transporte médico de emergencia	\$75 / transporte	\$75 / transporte	ninguna
	Atención de urgencia	\$20 / visita	No está cubierto	Los proveedores no participantes cubiertos cuando temporalmente fuera del área de servicio: \$20 / visita
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	Sin cargo	No está cubierto	Se requiere autorización previa.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo	No está cubierto	Se requiere autorización previa.
Si necesita servicios de salud	Servicios para pacientes ambulatorios	Sin cargo	No está cubierto	Ninguna

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor seleccionado (Usted pagará el mínimo)	Proveedor no participante (Usted pagará el máximo)	
	Servicios para pacientes hospitalizados	Sin cargo	No está cubierto	Se requiere autorización previa.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	No está cubierto	Dependiendo del tipo de servicios, puede aplicar un copago, coseguro o deducible. El cuidado de la maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (por ejemplo, ultrasonido).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Sin cargo	No está cubierto	Ninguna
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	Sin cargo	No está cubierto	Ninguna
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales	Atención médica en el hogar	Sin cargo	No está cubierto	130 visita límite / año. Se requiere autorización previa.
	Servicios de rehabilitación	Paciente ambulatorio: \$20 / visita Paciente hospitalizado: Sin cargo	No está cubierto	Paciente ambulatorio: 20 visita límite / terapia / año. Se requiere autorización previa. Paciente hospitalizado: Se requiere autorización previa.
	Servicios de habilitación	\$20 / visita	No está cubierto	20 visita límite / therapy / año. Se requiere autorización previa.
	Atención de enfermería especializada	Sin cargo	No está cubierto	100 días límite / año. Se requiere autorización previa.
	Equipo médico duradero	20% coseguro	No está cubierto	Sujeto a las pautas del formulario. Se requiere autorización previa.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	Sin cargo	No está cubierto	Se requiere autorización previa.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo para el examen refractivo	No está cubierto	Ninguna
	Anteojos para niños	Sin cargo	No está cubierto	Limitado a un par de marcos seleccionados

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor seleccionado (Usted pagará el mínimo)	Proveedor no participante (Usted pagará el máximo)	
				y lentes o lentes de contacto / 12 meses.
	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](#)).

- Acupuntura
- Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Cirugía estética
- Cuidado de los pies de rutina
- Cuidado dental (adulto y niño)
- Cuidados a largo plazo
- Enfermería privada
- 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](#)).

- Ayuda auditiva (dependientes menores de edad 26: 1 auxiliar/oreja, cada 36 meses)
- Cirugía bariátrica
- Cuidado ocular de rutina (Adulto)
- Tratamiento de la infertilidad

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 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	1-800-813-2000 (TTY: 711) or www.kp.org/memberservices
Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos	1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform
Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros	1-877-267-2323 x61565 or www.cciio.cms.gov
División de Regulación Financiera de Oregón	1-888-877-4894 or www.dfr.oregon.gov
Departamento de Seguros de Washington	1-800- 562- 6900 or www.insurance.wa.gov

¿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 1-800-813-2000 (TTY: 711).

[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-813-2000 (TTY: 711).

[Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-813-2000 (TTY: 711).

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-813-2000 (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	\$0
■ Especialista copayment	\$20
■ Hospital (establecimiento) copayment	\$0
■ Otro (análisis de sangre) copayment	\$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*)

Costo total del ejemplo **\$12,700**

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$10
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$70

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	\$0
■ Especialista copayment	\$20
■ Hospital (establecimiento) copayment	\$0
■ Otro (análisis de sangre) copayment	\$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*)

Costo total del ejemplo **\$5,600**

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$700
Coseguro	\$10
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$710

Fractura simple de Mía

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

■ El deducible general del plan	\$0
■ Especialista copayment	\$20
■ Hospital (establecimiento) copayment	\$0
■ Otro (radiografía) copayment	\$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*)

Costo total del ejemplo **\$2,800**

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$300
Coseguro	\$50
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$350

Nondiscrimination Notice

Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (Kaiser Health Plan) complies with applicable federal and state civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation. Kaiser Health Plan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation. We also:

- Provide no cost aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats, such as large print, audio, and accessible electronic formats
- Provide no cost language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, call Member Services at **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

If you believe that Kaiser Health Plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation, you can file a grievance with our Civil Rights Coordinator, by mail, phone, or fax. If you need help filing a grievance, our Civil Rights Coordinator is available to help you. You may contact our Civil Rights Coordinator at: Member Relations Department, Attention: Kaiser Civil Rights Coordinator, 500 NE Multnomah St. Ste 100, Portland, OR 97232-2099, Phone: **1-800-813-2000** (TTY: **711**), Fax: **1-855-347-7239**.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 2020, Phone: 1-800-368-1019, TDD: 1-800-537-7697. Complaint forms are available at www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

For Washington Members

You can also file a complaint with the Washington State Office of the Insurance Commissioner, electronically through the Office of the Insurance Commissioner Complaint portal, available at <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, or by phone at 1-800-562-6900, or 360-586-0241 (TDD). Complaint forms are available at <https://fortress.wa.gov/oic/onlineservices/cc/pub/complaintinformation.aspx>.

HELP IN YOUR LANGUAGE

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-813-2000 (TTY: 711).

አማርኛ (Amharic) ማሳሰቢያ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በገዳ ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-800-813-2000 (TTY: 711)።

العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-813-2000 (TTY: 711)።

中文 (Chinese) 注意: 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-813-2000 (TTY: 711)。

فارسی (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-800-813-2000 (TTY: 711) تماس بگیرید.

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-813-2000 (TTY: 711).

日本語 (Japanese) 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-813-2000 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

ខ្មែរ (Khmer) ប្រយោជន៍: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយភ្នែកភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានស្រាប់នៅទូទាំង ប្រទេស។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-800-813-2000 (TTY: 711)។

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-813-2000 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ລາວ (Laotian) ໂປດລາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການ ບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຍຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທສ 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Afaan Oromoo (Oromo) XIYYEEFFANNA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-800-813-2000 (TTY: 711).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi) ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-800-813-2000 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Română (Romanian) ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Español (Spanish) ATENCION: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-813-2000 (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 1-800-813-2000 (TTY: 711).

ไทย (Thai) เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Українська (Ukrainian) УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-813-2000 (TTY: 711).