



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un plan médico. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (llamada prima) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, consulte www.kp.org/plandocuments o llame al 1-800-813-2000 (TTY: 711). Para una definición de los términos de uso común, como monto permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos delineados consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en www.HealthCare.gov/sbc-glossary o llamar al 1-800-813-2000 (línea TTY: 711) para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	\$2,500 por individuo / \$5,000 por familia.	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el <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 miembro de la familia deberá alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos de <u>deducible</u> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> general de la familia.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <u>deducible</u> ?	Sí. La atención y los <u>servicios preventivos</u> que se indican en la tabla que comienza en la página 2.	Este <u>plan</u> cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del <u>deducible</u> . Sin embargo, es posible que se aplique un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre algunos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> y antes de que cumpla con su <u>deducible</u> . Vea una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro <u>deducible</u> por servicios específicos?	No.	No tiene que pagar un <u>deducible</u> por servicios específicos.
¿Cuál es el <u>desembolso máximo</u> de este <u>plan</u> ?	\$7,750 por individuo / \$15,500 por familia.	El <u>desembolso máximo</u> es el máximo que podría 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>desembolso máximo</u> hasta alcanzar el <u>desembolso máximo</u> general de la familia.
¿Qué no incluye el <u>desembolso máximo</u> ?	Las <u>primas</u> , los servicios que este <u>plan</u> no cubre, los pagos por servicios fuera del área de cobertura de estudiantes.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el <u>desembolso máximo</u> .
¿Pagará un poco menos si acude a un <u>proveedor</u> dentro de la red médica?	Sí. Vea www.kp.org o llame al 1-800-278-3296 (línea TTY: 711) para una lista de <u>proveedores</u> dentro de la red.	Este <u>plan</u> tiene un <u>proveedor</u> dentro de la red. Usted pagará menos si acude a un <u>proveedor</u> dentro de la red del <u>plan</u> . Usted pagará más si acude a un <u>proveedor</u> fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia en el costo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga (<u>facturación del saldo</u>). Tenga en mente que su <u>proveedor</u> dentro de la red podría utilizar un <u>proveedor</u> fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de obtener servicios.
¿Necesita un <u>referido</u> para ver a un <u>especialista</u> ?	Sí, pero puede autorreferirse a ciertos <u>especialistas</u> .	Este <u>plan</u> paga algunos o todos los costos de acudir a un <u>especialista</u> por servicios cubiertos, pero solo si tiene un <u>referido</u> antes de acudir al <u>especialista</u> .



Todos los costos de copago y coseguro que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el deducible, si aplica un deducible.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga Proveedor del plan (Usted pagará lo mínimo)	Lo que usted paga Proveedor fuera del plan (Usted pagará lo máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$30 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica	No está cubierto	Ninguna
	Visita al <u>especialista</u>	\$65 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica	No está cubierto	Ninguna
	<u>Atención preventiva/examen colectivo/vacuna</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
Si se realiza un examen	<u>Prueba diagnóstica</u> (radiografía, análisis de sangre)	30% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	30% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Es posible que algunos servicios requieran autorización previa
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección. Hay más información disponible acerca de la <u>cobertura de medicamentos con receta</u> en www.kp.org/orformulary	Medicamentos genéricos	Al por menor: \$20; orden por correo: \$40; el <u>deducible</u> no se aplica	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días al por menor o un suministro de 90 días en orden por correo. Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u>
	Medicamentos de marcas preferidas	Al por menor: \$65; orden por correo: \$130; el <u>deducible</u> no se aplica	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días al por menor o un suministro de 90 días en orden por correo. Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u>
	Medicamentos de marcas no preferidas	50% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días al por menor o un suministro de 90 días en orden por correo. Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u>
	<u>Medicamentos especializados</u>	50% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	30% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
	Honorarios del médico/cirujano	30% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga Proveedor del plan (Usted pagará lo mínimo)	Lo que usted paga Proveedor fuera del plan (Usted pagará lo máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si necesita atención médica inmediata	<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>	\$50 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica	No está cubierto	Los <u>proveedores no participantes</u> están cubiertos cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	30% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Se requiere autorización previa
	Honorarios del médico/cirujano	30% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Se requiere autorización previa
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	\$30 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica	No está cubierto	Ninguna
	Servicios internos	30% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Se requiere autorización previa
Si está embarazada	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 las pruebas y los servicios que se describen en otras partes del SBC (por ejemplo, ultrasonido)
	Servicios de parto profesionales	30% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	30% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga Proveedor del plan (Usted pagará lo mínimo)	Lo que usted paga Proveedor fuera del plan (Usted pagará lo máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	<u>Cuidado de la salud en el hogar</u>	30% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Paciente interno: 30% de <u>coseguro</u> ; paciente ambulatorio: \$30 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica	No está cubierto	Pacientes internos: limitado a 30 días de hospitalización por año calendario. 30 días adicionales para lesiones en la cabeza o la médula espinal; pacientes ambulatorios: terapias físicas, ocupacionales y del habla (30 visitas combinadas por año calendario)
	<u>Servicios de habilitación</u>	\$30 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica	No está cubierto	Pacientes ambulatorios: terapias físicas, ocupacionales y del habla (30 visitas combinadas por año calendario)
	<u>Cuidado de enfermería especializada</u>	30% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	60 días por año calendario
	<u>Equipo médico duradero</u>	30% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u>
	<u>Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</u>	Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica	No está cubierto	Se requiere autorización previa
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica	No está cubierto	Limitado a 1 examen por año
	Anteojos para niños	Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica	No está cubierto	Limitado a anteojos o lentes de contacto seleccionados cada año
	Chequeo dental pediátrico	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros servicios excluidos.)		
<ul style="list-style-type: none"> Atención dental Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU. Cirugía bariátrica 	<ul style="list-style-type: none"> Cirugía estética Cuidado de los Pies de Rutina Cuidados a largo plazo 	<ul style="list-style-type: none"> Enfermería privada Programas para Perder Peso Tratamiento para la infertilidad

Otros Servicios Cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su plan.)

- Aborto
- Acupuntura (referido por un médico, 12 visitas por año)

- Atención quiropráctica (referido por un médico)
- Audífonos (1 audífono por oído cada 36 meses)

- Cuidado de los ojos de rutina

Sus derechos a continuar con su cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias se muestra en la siguiente tabla. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguro Médico. Para más información acerca del Mercado, visite www.CuidadoDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por negarle una reclamación. Esta queja se llama reclamo o apelación. Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este reclamo médico. Sus documentos del plan también incluirán información completa sobre cómo presentar un reclamo, apelación o una queja a su plan por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con las agencias 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), www.kp.org/memberservices
División de Regulación Financiera de Oregon	1-888-877-4894, www.dfr.oregon.gov

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

Si no tiene cobertura esencial mínima durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí

Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, usted podría calificar para un crédito fiscal para las primas para ayudarle a pagar un plan a través del Mercado.

Servicios lingüísticos:

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 hipotética, consulte la próxima sección.—————

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este plan podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Preste atención a los montos del costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y a los servicios excluidos del plan. Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros planes médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada
(9 meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

Fractura simple de Mia
(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

- El deducible general del plan \$2,500
- Copago para el especialista \$65
- Coseguro del hospital (instalaciones) 30%
- Otro coseguro (análisis de sangre) 30%

- El deducible general del plan \$2,500
- Copago para el especialista \$65
- Coseguro del hospital (instalaciones) 30%
- Otro coseguro (análisis de sangre) 30%

- El deducible general del plan \$2,500
- Copago para el especialista \$65
- Coseguro del hospital (instalaciones) 30%
- Otro coseguro (radiografía) 30%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al especialista (*atención prenatal*)
 Servicios de parto profesionales
 Servicios de instalaciones de partos profesionales
 Pruebas diagnósticas (*sonogramas y análisis de sangre*)
 Visita al especialista (*anestesia*)

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico primario (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)
 Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)
 Medicamentos por recetas
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Sala de emergencias (*incluye materiales médicos*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Prueba diagnóstica (*radiografía*)
 Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

Costo total hipotético	\$12,800
En este ejemplo, Peg pagaría:	
Costo compartido	
Deducibles	\$2,500
Copagos	\$40
Coseguro	\$2,300
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$4,900

Costo total hipotético	\$7,400
En este ejemplo, Joe pagaría:	
Costo compartido	
Deducibles	\$300
Copagos	\$1,900
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Joe pagaría es	\$2,260

Costo total hipotético	\$1,900
En este ejemplo, Mia pagaría:	
Costo compartido	
Deducibles	\$1,380
Copagos	\$300
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,680

El plan sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.

NONDISCRIMINATION NOTICE

Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (Kaiser Health Plan) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Kaiser Health Plan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex. 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 **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, or sex, you can file a grievance by mail or phone at: Member Relations, Attention: Kaiser Civil Rights Coordinator, 500 NE Multnomah St. Ste 100, Portland, OR 97232, telephone number: 1-800-813-2000.

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 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

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) ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዙዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ **1-800-813-2000** (TTY: **711**)።

العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر 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) ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អូល គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ 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) ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Naabeehó (Navajo) Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yánílti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, koji' hódílnih 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Afaan Oromoo (Oromo) XIYYEEFFANNAA: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) ATENCIÓN: 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).