



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, [insert contact information]. 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.norcalaborers.org o llamar a 1-800-244-4530 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	\$150/individual o \$450/familia 01/01-12/31	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los proveedores hasta el deducible antes de que este plan comience a pagar. Para cobertura familiar, consulte las instrucciones para ver las explicaciones aplicables adicionales.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	Si. Atención y servicios preventivos indicados empezando en pagina 2.	Este plan cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del deducible . Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro .
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	No tiene que pagar un deducible por servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan ?	\$3,000/individual o \$6,000/familia	El límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos.
¿Qué no incluye el desembolso máximo ?	Primas, atención que este plan no cubre y servicios indicados en la tabla empezando en pagina 2.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos directos del bolsillo .
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red medica ?	Si. Para una lista de proveedores del plan, visite www.kp.org o llame 1-800-278-3296.	Este plan no tiene un proveedor dentro de la red . Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan. Usted pagará más si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios medicos). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista ?	Si, pero existe auto-referencia para cierto especialistas.	Este plan paga algunos o todos los costos de acudir a un especialista pero solo si tiene un referido antes de acudir al especialista .



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		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$15 copago / visita	No se cubre	Ninguno.
	Visita al especialista	\$15 copago / visita	No se cubre	Servicios para tratamiento de esterilidad se cubre a 50% coseguro/visita.
	Atención preventiva/examen colectivo /vacuna	No hay cargo	No se cubre	Ciertos proyecciones preventivos (como laboratorios e imágenes) se pueden cubrir en diferente compartimento de costo.
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	\$10 copago/encuentro	No se cubre	Ninguno.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	\$50 copago/procedimiento	No se cubre	Ninguno.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.kp.org/formulary	Medicamentos genéricos	Plan Farmacia: \$10 copago/prescripción de 1 a 30 días; Por correo: normalmente dos veces el costo compartido de la farmacia del plan para provisión de hasta 100 días	No se cubre	De acuerdo con directrices del formulario. Ciertos medicamentos se pueden cubrir a diferente compartimento de costo.
	Medicamentos de marcas preferidas	Plan Farmacia: \$20 copago/prescripción de 1 a 30 días; Por correo: normalmente dos veces el costo compartido de la farmacia del plan para provisión de hasta 100 días	No se cubre	De acuerdo con directrices del formulario. Ciertos medicamentos se pueden cubrir a diferente compartimento de costo.
	Medicamentos de marcas no preferidas	Igual a marca preferida	No se cubre	Igual a marca preferida cuando se apruebe usando procedimiento de excepción.

*Para más información sobre limitaciones y excepciones, vea el documento del plan o de póliza en kp.org/plandocuments

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	Medicamentos especializados	Igual a marca preferida	No se cubre	Igual a marca preferida cuando se apruebe usando procedimiento de excepcion.
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	10% coseguro	No se cubre	Ninguno.
	Honorarios del médico/cirujano	10% coseguro	No se cubre	Ninguno.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	10% coseguro	10% coseguro	Ninguno.
	Transporte médico de emergencia	10% coseguro	10% coseguro	Ninguno.
	Atención de urgencia	\$15 copago/visita	\$15 copago/visita	Proveedores fuera del plan se cubren cuando esta fuera del area de servicio.
Si lo hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	\$10 coseguro	No se cubre	Ninguno
	Honorarios del médico/cirujano	10% coseguro	No se cubre	Ninguno
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Sevicios ambulatorios	\$15 copago/visita; 10% coseguro para ortros servicios externos	No se cubre	Salud Mental/Comportamiento: \$7 copago/ visita por grupo; Sustancia Abuso : \$5 copago/ visita por grupo
	Servicios internos	10% coseguro	No se cubre	Ninguno
Si está embarazada	Visitas al consultorio	No hay cargo	No se cubre	Dependiendo en el tipo de servicio, un copago, coseguro o deducible puede aplicar. Atencion de Maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otra area del SBC (es decir ultrasonido)
	Servicios de parto profesionales	10% coseguro	No se cubre	Ninguno

*Para mas informacion sobre limitaciones y excepciones, vea el documento del plan o de poliza en kp.org/plandocuments

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	10% coseguro	No se cubre	Ninguno
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	No hay cargo	No se cubre	Maximo de 2 horas por visita, hasta 3 visitas por día, hasta 100 visitas por año.
	Servicios de rehabilitación	Interno: \$10 coseguro; Externo: \$15 copago/visita	No se cubre	Ninguno.
	Servicios de habilitación	\$15 copago/visita	No se cubre	Ninguno
	Cuidado de enfermería especializada	10% coseguro	No se cubre	Maximo de 100 dias por periodo de beneficio.
	Equipo médico duradero	10% coseguro	No se cubre	Debe de estar de acuerdo con directrices del formulario. Requiere autorizacion anticipada.
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	No hay cargo.	No se cubre	Limite a diagnostico de enfermedad terminal con esperanza de vida de doce meses o menos.
Si su niño necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista pediátrico	\$15 copago/visita	No se cubre	Se puede cubrir bajo de un plan de vision.
	Anteojos para niños	No se cubre	No se cubre	Se puede cubrir bajo de un plan de vision.
	Chequeo dental pediátrico	No se cubre	No se cubre	Puede tener otra cobertura dental afuera.

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.)			
• Cirugía cosmética • Cuidado dental (para adultos) • Cuidado a largo plazo	• Cuidado no urgente cuando viaja fuera de EE.UU. • Servicio de enfermería privado	• Cuidado de rutina de los pies si no es necesario medicamente • Programas de pérdida de peso	
Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su plan.)			
• La acupuntura (si se prescribe para el tratamiento del dolor) • Cirugía bariátrica	• Cuidado quiropráctico (20 visitas limite/año) • Audifonos (\$1,000 limite/oido cada 36 meses)	• Tratamiento de esterilidad • Cuidado ojos de rutina (para adultos)	

*Para mas informacion sobre limitaciones y excepciones, vea el documento del plan o de poliza en kp.org/plandocuments

Sus derechos a continuar con su cobertura: Hay agencias que pueden ayudar si desea continuar su cobertura después de que finalice. La información de contacto de esas agencias se muestra en el cuadro a continuación. Otras opciones de cobertura pueden estar disponibles para usted también, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de un [reclamo](#). Esta queja se llama una [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por ese reclamo médico. Los documentos de su [plan](#) también brindan información completa para presentar un [reclamo](#), [apelación](#) o una [queja](#) cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese con la agencia en el cuadro a continuación. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar su apelación. Póngase en contacto con el Departamento de Atención Médica Administrada y el Departamento de Seguros de California en 980 9th St, Suite # 500 Sacramento, CA 95814, 1-888-466-2219 o <http://www.HealthHelp.ca.gov>.

Información de Contacto para Sus Derechos de Continuar Cobertura y Derechos de Reclamo y Apelación:

Kaiser Permanente Member Services	1-800-278-3296 (TTY: 711) o www.kp.org/memberservices
Department of Labor's Employee Benefits Security Administration	1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform
Department of Health & Human Services, Center for Consumer Information & Insurance Oversight	1-877-267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov
California Department of Insurance	1-800-927-HELP (4357) o www.insurance.ca.gov
California Department of Managed Healthcare	1-888-466-2219 o www.healthhelp.ca.gov/

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

Si no tiene [cobertura esencial mínima](#) durante un mes, deberá realizar un pago cuando presente su declaración de impuestos a menos que califique para una exención del requisito de que tiene cobertura de salud para 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 ayudarlo a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios lingüísticos:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-788-0616 o TTY/TDD 711.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-278-3296 o TTY/TDD 711.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码1-800-757-7585 o TTY/TDD 711.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-278-3296 o TTY/TDD 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 dentro 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

(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

■ El deducible general del plan	\$150
■ Especialista copago	\$0
■ Hospital (instalaciones) coseguro	10%
■ Otro (análisis de sangre) copago	\$10

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*)

Costo total hipotético	\$12,800
-------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$150
Copagos	\$100
Coseguro	\$900
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$1,210

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

■ El deducible general del plan	\$150
■ Especialista copago	\$0
■ Hospital (instalaciones) coseguro	10%
■ Otro (análisis de sangre) copago	\$10

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*)

Costo total hipotético	\$7,400
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$150
Copagos	\$900
Coseguro	\$100
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$50
El total que Joe pagaría es	\$1,200

Fractura simple de Mia

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

■ El deducible general del plan	\$150
■ Especialista copago	\$15
■ Hospital (instalaciones) coseguro	10%
■ Otro (análisis de sangre) copago	\$10

Este EJEMPLO incluye servicios como:

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

Costo total hipotético	\$1,900
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$150
Copagos	\$100
Coseguro	\$100
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$350

El [plan](#) sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.

El Fondo Fiduciario de Salud y Bienestar de los Trabajadores cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Language	Message about Language Assistance
Spanish	ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 707-864-2800.
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 707-864-2800.
Vietnamese	CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 707-864-2800.
Tagalog	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 707-864-2800.
Korean	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 707-864-2800. 번으로 전화해 주십시오.
Armenian	ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարեք 707-864-2800.
Persian (Farsi)	رایگان به صورت زبانی توسط یاتک نید، می گفتم گو فارسی زبان به هرگاه: توجهت به گیری. تماس با شد. بامی فراهم 707-864-2800 شما به رای
Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 707-864-2800.
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。707-864-2800 まで、お電話にてご連絡ください。
Arabic	ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 707-864-2800.
Punjabi	ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 707-864-2800. 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।
Mon-Khmer, Cambodian	ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អិត គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 707-864-2800 ។
Hmong	LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 707-864-2800.
Hindi	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 707-864-2800. पर कॉल कर_।
Thai	ความสนใจ: ถ้าคุณพูดภาษาไทย, บริการให้ความช่วยเหลือภาษาฟรีที่มีอยู่ โทร 707-864-2800.