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 esto es importante:
¿Qué es el deducible general?	**$150** por persona/**$450** por familia, 01/01 - 12/31. No aplica a los exámenes físicos de rutina, cuidado preventivo, exámenes de la vista y la audición, visitas prenatales, consejería de planificación familiar, visitas del bebé saludable hasta los 24 meses, visitas al quiropráctico, medicamentos recetados, visitas de cuidado de la salud en el hogar, cuidado de hospicio y equipo médico duradero.	Usted debe pagar todos los costos hasta el monto del **deducible**, antes de que el plan comience a pagar por los servicios cubiertos. Consulte su póliza para averiguar cuándo tiene que pagar nuevamente el **deducible** (por lo general, pero no siempre, el 1 de enero). Fíjese en el cuadro de la página 2 para averiguar cuánto debe pagar usted por los servicios cubiertos después de haber pagado el **deducible**.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	Usted tiene que pagar todos los servicios hasta cubrir el monto específico del **deducible** antes de que el plan empiece a pagar por dichos servicios.
¿Hay un límite para los gastos de mi bolsillo?	Sí. **$3,000** persona/**$6,000** familia.	El límite para los **gastos de bolsillo** es la cantidad máxima que usted pagará por los servicios cubiertos durante el periodo de cobertura (usualmente cada año). Este límite le permite planificar sus gastos médicos.
¿Cuáles son las expensas que no cuentan para el límite de gastos del bolsillo?	Las primas, los pagos por atención a la salud que no cubre este plan y el costo compartido por ciertos servicios detallados en los documentos del plan.	Si bien usted paga por estos costos, los mismos no se tendrán en cuenta para el **límite de gastos del bolsillo**.
¿Tiene este plan una red de proveedores?	Sí. Para obtener la lista de **proveedores preferidos**, 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. Se requiere un referido pero usted puede auto referirse 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 $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** participantes cobrándole **deducibles**, **copagos** o **coseguro** más bajos.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	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	$15 copago/visita	No cubierto	——————ninguno——————
	Consulta con un especialista	$15 copago/visita	No cubierto	Los servicios relativos a la infertilidad cubierto a un 50% de coseguro/visita.
	Consulta con otro proveedor de la salud	$5 copago/consulta con un quiropráctico; $15 copago/consulta de acupuntura	No cubierto	Hasta 20 visitas/Año Calendario para un quiropráctico. Se requiere el referido de un médico para la acupuntura.
	Servicios preventivos/evaluaciones /vacunas	No hay cargo	No cubierto	Algunas evaluaciones de Cuidado Preventivo como laboratorio e imágenes pueden tener un costo compartido diferente.
Si tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	$10 copago/encuentro	No cubierto	——————ninguno——————
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	$50 copago/procedimiento	No cubierto	——————ninguno——————

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
Si necesita un medicamento Para más información sobre la **cobertura de medicamentos** visite www.kp.org/formulary	Medicamentos genéricos	Farmacia del plan: $10/$20/$30 Pedido Postal: $10/$20	No cubierto	$10/hasta 30 días de suministro en la farmacia $20/suministro de 31-61 días en la farmacia $30/suministro de 61-100 días en la farmacia $10/hasta 30 días de suministro – Pedido Postal $20/suministro de 31-100 días por Pedido Postal Farmacia significa la farmacia del "plan."
	Medicamentos de marca preferidos	Farmacia del plan: $20/$40/$60 Pedido Postal: $20/$40	No cubierto	$20/hasta 30 días de suministro en la farmacia $40/suministro de 31-61 días en la farmacia $60/suministro de 61-100 días en la farmacia $20 hasta 30 días de suministro – Pedido Postal $40 suministro de 31-100 días por Pedido Postal Farmacia significa la farmacia del "plan." Algunos medicamentos pueden tener un costo compartido más alto.
	Medicamentos de marca no preferidos	Igual que los de marca preferidos	No cubierto	Igual que los de Marca Preferidos cuando están aprobados mediante el proceso de excepción.
	Medicamentos especiales	Igual que los de marca preferidos	No cubierto	De acuerdo con las guías del formulario. Ciertos medicamentos pueden estar cubiertos en una proporción del costo diferente.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (clínica)	10% coseguro/procedimiento	No cubierto	——————ninguno——————
	Tarifa del médico/cirujano	10% coseguro/procedimiento	No cubierto	——————ninguno——————
Si necesita atención inmediata	Servicios de la sala de emergencias	10% coseguro/visita	10% coseguro/visita	——————ninguno——————
	Traslado médico de emergencia	10% coseguro/viaje	10% coseguro/viaje	——————ninguno——————
	Cuidado urgente	$15 copago/visita	$15 copago/visita	Los proveedores que no son del plan sólo están cubiertos cuando es fuera del área de servicio.
Si lo admiten al hospital	Arancel del hospital (habitación)	10% coseguro/admisión	No cubierto	——————ninguno——————
	Tarifa del médico/cirujano	10% coseguro/admisión	No cubierto	——————ninguno——————

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta	$15 copago/sesión de visita individual; $7 copago/sesión de visita en grupo	No cubierto	Además, hasta tres (3) visitas sin costo por incidente, por Año del Plan a través del programa EAP. Sólo tras la recomendación y sólo en proveedores de la red.
	Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados	10% coseguro/admisión	No cubierto	Además, hasta tres visitas (3) sin costo por incidente, por Año Plan a través del programa EAP. Sólo tras la recomendación y sólo en proveedores de la red.
	Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias	$15 copago/sesión de visita individual; $5 copago/ sesión de visita en grupo	No cubierto	——————ninguno——————
	Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados	10% coseguro/admisión	No cubierto	——————ninguno——————
Si está embarazada	Cuidados prenatales y post parto	No hay cargo	No cubierto	El costo compartido para los cuidados prenatales es sólo para la atención preventiva de rutina. El costo compartido para el posparto es para la 1ª visita solamente.
	Parto y todos los servicios de internación	10% coseguro/admisión	No cubierto	——————ninguno——————
Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales	Cuidado de la salud en el hogar	No hay cargo	No cubierto	Hasta 2 horas máximo/visita; hasta 3 visitas al día Máximo; 100/visitas Máximo por cada año calendario.
	Servicios de rehabilitación	10% coseguro/internado; $15 copago/ambulatorio al día	No cubierto	——————ninguno——————
	Servicios de recuperación de las habilidades	$15 copago/día	No cubierto	Limitado a los servicios para mantener/mejorar las destrezas para funcionar a riesgo debido a déficits médicos.
	Cuidado de enfermería especializado	10% coseguro/admisión	No cubierto	Hasta un máximo de 100 días por periodo de beneficios.
	Equipo médico duradero	10% coseguro	No cubierto	Tiene que ser de acuerdo a las directrices del formulario. Requiere autoración previa.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales	Cuidado de hospicio	No hay cargo	No cubierto	Enfermedad terminal con expectativa de vida de 12 meses o menos.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista	$15 copago/visita	No cubierto	——————————ninguno——————————
	Anteojos	Monturas: cantidad en exceso de $150 Lentes: no hay cargo	No cubierto	Subsidio de monturas tiene limite de una ves cada 24 meses. Lentes tienen limite a CR-39 plastico claro o policarbonato (visión única, tope plano multifocal or lenticular). Puede ser cubierto debajo un plan de visión aparte. Refiera a "Otros Servicios Cubiertos" para información adicional.
	Consulta dental	No cubierto	No cubierto	Puede estar cubierto bajo un plan dental por separado.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Los servicios que su plan NO cubre. (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan para más información.)

- Cirugía cosmética.
- Atención dental (Puede estar cubierta bajo un plan dental por separado)
- Atención a largo plazo
- Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE.UU.
- Servicio privado de enfermería
- Atención rutinaria de los pies (a menos que sea médicamente necesaria)
- Programas para Pérdida de peso
- Programas para bajar de peso

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

- Acupuntura (con límites)
- Cirugía bariátrica (cuando sea médicamente necesaria)
- Atención quiropráctica (con límites)
- Aparatos auditivos
- Tratamiento para la infertilidad (con límites)
- Atención rutinaria de la vista y subsidio de anteojos

Su derecho para continuar con la cobertura:

Si pierde la cobertura conforme al plan, entonces, dependiendo de las circunstancias, las leyes federales y estatales pueden proporcionar las protecciones que le permitan mantener su cobertura de salud. Cualquiera de esos derechos puede estar limitado en su duración y requerirán que usted pague una **prima** que puede ser significativamente más alta que la prima que paga mientras está cubierto bajo el plan. Hay otras limitaciones a sus derechos a continuar con la cobertura que pueden aplicarse también. Para más información sobre sus derechos de continuar la cobertura, comuníquese con el plan al 1 800 244 4530. También puede comunicarse con su departamento estatal de seguros, el Departamento del Trabajo de los EE.UU., la Administración de Seguridad en los Beneficios de los Empleados al 1 866 444 3272 o en www.dol.gov/ebsa, o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. al 1 877 267 2323 x 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 necesita ayuda comuníquese con Kaiser Permanente al 1 800 278 3296 o en www.kp.org/memberservices.

Si esta cobertura está sujeta a ERISA, puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento del Trabajo al 1 866 444 EBSA(3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform.

Si esta cobertura no está sujeta a ERISA, también puede comunicarse con el Departamento de Seguros de California al 1 800 927 HELP (4357) o www.insurance.ca.gov. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar su apelación.

Centro de Ayuda del Departamento de Cuidado de la Salud Administrada
980 9th Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814

Teléfono: 1 888 466 2219
Sitio Web: www.healthhelp.ca.gov
Correo Electrónico: helpline@dmhc.ca.gov

¿Proporciona esta Cobertura la Cobertura Mínima Esencial?

La Ley de Cuidado de Salud Asequible requiere que la mayoría de las personas tengan cobertura de atención a la salud que califique como "cobertura mínima esencial". **Este plan o póliza sí proporciona cobertura mínima esencial.**

¿Cumple esta Cobertura con la Norma Mínima de Valor?

La Ley de Cuidado de Salud Asequible establece una norma mínima de valor de los beneficios de un plan de salud. La norma mínima de valor es el 60% (valor actuarial). **Esta cobertura de salud sí cumple con la norma mínima de valor para los beneficios que proporciona.**

Servicios de acceso en otros 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: 若有問題：請撥打 1-800-757-7585 或 TTY/TDD 1 800 777 1370
NAVAJO (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 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:** $6,240
- **Usted paga:** $1,300

Ejemplos de los costos:

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

El paciente paga:

Deducibles	$200
Copagos	$200
Coseguro	$700
Límites o exclusiones	$200
Total	**$1,300**

Control de la diabetes
(control rutinario de la enfermedad)

- **El proveedor cobra:** $5,400
- **El plan paga:** $4,320
- **Usted paga:** $1,080

Ejemplos 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	$200
Copagos	$700
Coseguro	$100
Límites o exclusiones	$80
Total	**$1,080**

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.