KAISER FOUNDATION HEALTH PLAN OF THE MID-ATLANTIC STATES, INC., 2101 East Jefferson Street, Rockville. MD 20852

Este documento de Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le ayudará a elegir un plan de salud. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo por los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (denominada prima) se proveerá por separado. Esto es solo un resumen. Para obtener más información, o una copia de los términos completos de cobertura visite www.kp.org/plandocuments o llame al 1-855-249-5018 (TTY: 711). En el glosario, puede encontrar definiciones generales de términos comunes como importe autorizado, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor, u otros términos subrayados. Puede ver el Glosario en https://www.HealthCare.gov/sbc-glossary/ o llamar al 1-855-249-5018 (TTY: 711) para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Porqué es importante:
¿Cuál es el deducible total?	$0	Consulte el siguiente cuadro de los Eventos médicos comunes para ver los costos de los servicios que este plan cubre.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar el deducible?	**No corresponde.**	El plan cubre algunos artículos y servicios incluso si todavía no ha alcanzado el monto del deducible. Pero quizás tenga que pagar un copago o coseguro. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido y antes de que alcance su deducible. Consulte la lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	**No.**	Usted no tiene que alcanzar los deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo para este plan?	$1,500 Individual/$3,000 Familia	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este plan, ellos tienen que alcanzar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta alcanzar el límite de gastos de bolsillo de toda la familia
¿Qué no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?	Primas, atención médica que este plan no cubre, y los servicios indicados en el cuadro que comienza en la página 2.	Aunque usted paga estos gastos, no cuenta para el límite de gastos de bolsillo.
¿Pagará menos si utiliza un proveedor de la red?	**Sí.** Consulte www.kp.org o llame al 1-855-249-5018 (TTY: 711) para una lista de proveedores de la red.	Este plan utiliza una red de proveedores. Usted pagará menos si utiliza un proveedor de la red de proveedores del plan. Usted pagará el máximo si utiliza un proveedor fuera de la red, y podría recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (facturación del saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.
¿Necesito una remisión para ver a un especialista?	**Sí,** pero usted se puede autoremitir a ciertos especialistas.	Este plan pagará algunos o todos los costos para ver a un especialista para servicios cubiertos pero solo si tiene una remisión antes de ver al especialista.

Todos los copagos y coseguros que figuran en este cuadro son luego de alcanzar el deducible, en el caso que aplica un deducible.

Situación médica común	Servicios que usted podría necesitar	Lo que usted paga Proveedor del plan (Usted paga el mínimo)	Lo que usted paga Proveedor fuera del plan (Usted paga el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si usted acude al consultorio o clínica de un proveedor de atención médica	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	$25 por consulta	No está cubierto	Se exime para niños menores de 5 años
	Consulta al especialista	$40 por consulta	No está cubierto	Ninguna
	Atención preventiva/evaluación/inmunización	Sin cargo	No está cubierto	Es posible que tenga que pagar los servicios que no sean preventivos. Pregúntele a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego verifique lo que paga su plan.
Si se le realiza una prueba	Prueba de diagnóstico (rayos X, exámenes de sangre)	Sin cargo	No está cubierto	Ninguna
	Exámenes de imágenes (Tomografía Computarizada/PET, RMN)	$75 por examen	No está cubierto	Ninguna

Situación médica común	Servicios que usted podría necesitar	Lo que usted paga Proveedor del plan (Usted paga el mínimo)	Lo que usted paga Proveedor fuera del plan (Usted paga el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si usted necesita medicamentos para tratar una enfermedad o afección Encuentre más información acerca de la **cobertura de medicamentos recetados** en www.kp.org	Medicamentos genéricos	$15 por receta en farmacia del Plan; $20 por receta en farmacia Participante; $13 por receta Pedido por Correo	No está cubierto	Un suministro hasta de 30 días; un suministro hasta de 90 días por 3 copagos en las farmacias del Plan y Participantes; un suministro hasta de 90 días por 2 copagos por medio de los Pedidos por Correo. Sin cargo por los medicamentos preventivos o anticonceptivos.
	Medicamento de marca preferida	$25 por receta en farmacia del Plan; $45 por receta en farmacia Participante; $23 por receta Pedido por Correo	No está cubierto	
	Medicamento de marca no preferida	$40 por receta en farmacia del Plan; $60 por receta en farmacia Participante; $38 por receta Pedido por Correo	No está cubierto	
	Medicamentos especializados	Coseguro del 50% con máximo de $75	No está cubierto	Un suministro hasta de 30 días; un suministro hasta de 90 días por 3 copagos en las farmacias del Plan y Participantes; un suministro hasta de 90 días por 2 copagos por medio de los Pedidos por Correo.
Si se somete a cirugía como paciente ambulatorio	Cuota del centro (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	$75 por consulta	No está cubierto	Ninguna
	Cuota del médico/cirujano	Incluida en cuota del centro	No está cubierto	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	Servicios de la sala de emergencia	$75 por consulta	$75 por consulta	Se exime si admitido como paciente hospitalizado
	Transporte médico de emergencia	$50 por viaje	$50 por viaje	Ninguna
	Atención de urgencia	$40 por consulta	$40 por consulta	Proveedores fuera del plan solo cubiertos fuera del área de servicio
Si se le hospitaliza	Cuota del centro (por ej., cuarto del hospital)	$300 por admisión	No está cubierto	Admisiones de emergencias cubiertos con proveedores fuera del plan

Situación médica común	Servicios que usted podría necesitar	Lo que usted paga Proveedor del plan (Usted paga el mínimo)	Lo que usted paga Proveedor fuera del plan (Usted paga el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
	Cuota del médico/cirujano	Incluida en cuota del centro	No está cubierto	Servicios de emergencias cubiertos con proveedores fuera del plan
Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	$25 por consulta individual; $12 por consulta en grupo	No está cubierto	Salud Mental/del Comportamiento: No hay cobertura para exámenes psicológicos de capacidad, aptitud, inteligencia, o interés; Abuso de sustancias: Ninguna
	Servicios para pacientes hospitalizados	$300 por admisión	No está cubierto	Ninguna
Si está embarazada	Consultas al consultorio	Sin cargo	No está cubierto	Según el tipo de servicios, es posible que tenga que pagar un copago, coseguro o deducible. La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra sección de este SBC (por ejemplo, ultrasonido).
	Servicios profesionales de nacimiento/parto	Incluida en cuota del centro	No está cubierto	Ninguna
	Servicios de las instalaciones de nacimiento/parto	$300 por admisión	No está cubierto	Ninguna
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales	Atención de salud en el hogar	Sin cargo	No está cubierto	Ninguna
	Servicios de rehabilitación	$40 por consulta	No está cubierto	Ambulatorio: Limitado a 30 consultas de Terapia Física/Ocupacional/del Habla por herida, incidente o afección al año
	Servicios de habilitación	$40 por consulta	No está cubierto	Para niños menores de 3 años.
	Atención de enfermería especializada	$300 por admisión	No está cubierto	Cobertura limitada a 100 días por año
	Equipo médico duradero	Sin cargo	No está cubierto	Ninguna
	Servicio en un centro de cuidados paliativos	Sin cargo	No está cubierto	Ninguna
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista de niño	$25 por consulta con Optómetra; $40 por consulta con Oftalmólogo	No está cubierto	Ninguna

Situación médica común	Servicios que usted podría necesitar	Lo que usted paga Proveedor del plan (Usted paga el mínimo)	Lo que usted paga Proveedor fuera del plan (Usted paga el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
	Anteojos de niño	Sin cargo	No está cubierto	1 par de anteojos al año limitado a lentes sencillo o bifocales o a la primera compra de lentes de contacto al año, o dos pares de lentes de contacto por ojo al año según recomendación médica (entre un grupo selecto de armaduras y lentes de contacto)
	Examen dental de niño	No está cubierto	No está cubierto	Dentales no están incluidos en el plan médico de Kaiser Permanente. Cobertura dental se ofrece como un plan independiente de Dominion National.

Servicios que se excluyen y otros servicios que tienen cobertura:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (Consulte el documento de su póliza o plan para más información y una lista de cualquier otro servicio no incluido).

- Atención dental (Adulto)
- Atención de rutina de los pies
- Atención que no es emergencia al viajar fuera de EE.UU.
- Ayudas auditivas
- Cirugía cosmética
- Cuidado a largo plazo
- Servicios de enfermería privada

Otros servicios que tienen cobertura (Pueden existir limitaciones para estos servicios. Esta no es una lista completa. Por favor, consulte el documento de su plan).

- Acupuntura (Límite de 30 consultas por año)
- Atención de rutina de la vista (Adulto)
- Atención quiropráctica (Límite de 30 consultas por año)
- Cirugía bariátrica
- Programas para perder peso
- Tratamiento de infertilidad

Sus derechos para continuar con cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar su cobertura luego de que finalice. La información de contacto de esas agencias figura en el siguiente cuadro. También puede tener otras opciones de cobertura a su disposición, incluso puede comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de seguros médicos. Para más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a la presentación de quejas y apelación: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por el rechazo de una reclamación. Esta queja se denomina queja o apelación. Para más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por esa reclamación médica. Los documentos del plan también proveen información completa para enviarle a su plan una reclamación, apelación o queja por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, este aviso, o para recibir ayuda, contacte a la agencia que figura en el siguiente cuadro.

Información de contacto para sus derechos para continuar con la cobertura y sus derechos de quejas y apelaciones:

Servicios para miembros de Kaiser Permanente	1-855-249-5018 (TTY: 711) o www.kp.org/memberservices
Administración de seguridad de beneficios del empleado del Departamento de Trabajo	1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform
Departamento de salud y servicios humanos, Centro para información al consumidor y supervisión de seguros	1-877-267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov
Departamento de seguros de Virginia	1-877-310-6560 o www.scc.virginia.gov/boi

¿Este plan provee cobertura esencial mínima? Sí

Si no tiene Cobertura esencial mínima por un mes, tendrá que hacer un pago cuando presente su declaración de impuestos a menos que califique para una exención del requisito de poseer cobertura de salud por ese mes.

¿Este plan cumple los Estándares de valor mínimo? Sí

Si su plan no cumple con los Estándares de valor mínimo, es posible que sea elegible para un crédito fiscal para primas para ayudarle a pagar un plan a través del Mercado.

Acceso a servicios lingüísticos:

SPANISH (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-855-249-5018 (TTY: 711)

TAGALOG (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-855-249-5018 (TTY: 711)

CHINESE (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-855-249-5018 (TTY: 711)

NAVAJO (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-855-249-5018 (TTY: 711)

Para ver ejemplos de cómo este plan puede cubrir los costos en una situación médica de ejemplo, consulte la página siguiente.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:

No se trata de una calculadora de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir su atención médica. Sus costos reales podrían ser distintos según la atención real que recibe, los precios que cobran sus proveedores y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de costos compartidos (deducibles, copagos y coseguros) y los servicios excluidos en virtud de este plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar en virtud de diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en una cobertura para una sola persona.

Peg va a tener un bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y un parto dentro del hospital)

- **Deducible total del plan $0**
- **Copago del especialista $40**
- **Copago del hospital (instalación) $300**
- **Otros copagos (análisis de sangre) $0**

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al consultorio del especialista *(atención prenatal)*
Servicios profesionales de nacimiento/parto
Servicios de las instalaciones de nacimiento/parto
Pruebas de diagnóstico *(ultrasonidos y análisis de sangre)*
Visita al especialista *(anestesia)*

Costo total del ejemplo	**$12,800**
En este ejemplo, Peg pagaría:	
Costo compartido	
Deducibles	$0
Copagos	$300
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Limitaciones o exclusiones	$60
El total que Peg pagaría es	**$360**

El plan sería responsable por los otros costos de los servicios cubiertos de estos EJEMPLOS.

Manejar la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una enfermedad bien controlada)

- **Deducible total del plan $0**
- **Copago del especialista $40**
- **Copago del hospital (instalación) $300**
- **Otros copagos (análisis de sangre) $0**

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al consultorio del médico de atención primaria *(incluso educación sobre la enfermedad)*
Pruebas de diagnóstico *(análisis de sangre)*
Medicamentos recetados
Equipo médico duradero *(medidor de glucosa)*

Costo total del ejemplo	**$7,400**
En este ejemplo, Joe pagaría:	
Costo compartido	
Deducibles	$0
Copagos	$1,000
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Limitaciones o exclusiones	$60
El total que Joe pagaría es	**$1,060**

El plan sería responsable por los otros costos de los servicios cubiertos de estos EJEMPLOS.

Fractura simple de Mia

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

- **Deducible total del plan $0**
- **Copago del especialista $40**
- **Copago del hospital (instalación) $300**
- **Otros copagos (rayos X) $0**

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:
Atención en la sala de emergencias *(incluso suministros médicos)*
Equipo médico duradero *(muletas)*
Pruebas de diagnóstico *(rayos X)*
Servicios de rehabilitación *(terapia física)*

Costo total del ejemplo	**$1,900**
En este ejemplo, Mia pagaría:	
Costo compartido	
Deducibles	$0
Copagos	$500
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Limitaciones o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	**$500**

El plan sería responsable por los otros costos de los servicios cubiertos de estos EJEMPLOS.

NOTIFICACIÓN NO DISCRIMINITORIA

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc (Kaiser Health Plan) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivo de la raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo. Kaiser Health Plan no excluye a las personas o las trata de forma diferente por motivo de la raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo. Recuerde también:

- Nosotros les brindamos ayuda y servicios sin costo alguno a las personas que tienen una discapacidad que les impide comunicarse con nosotros en forma eficaz, tales como:
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
  - Información por escrito en otros formatos, tales como letra grande, audio y formatos electrónicos accesibles
- Brindamos servicios de idiomas sin costo alguno a personas cuyo idioma principal no sea el inglés, tales como:
  - Intérpretes calificados
  - Información por escrito en otros idiomas

Si necesita dichos servicios, llame al **1-800-777-7902** (TTY: **711**)

Si cree que el Kaiser Health Plan no le ha brindado dichos servicios o ha incurrido en discriminación en contra suya de otra manera por motivo de la raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo, usted puede presentar una queja ante el Kaiser Civil Rights Coordinator, 2101 East Jefferson Street, Rockville, MD 20852, número de teléfono: 1-800-777-7902.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services), la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en *https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf,* o por correo postal o por teléfono: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD). Los formularios de queja están disponibles en *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 1-800-777-7902 (TTY: 711).

አማርኛ (Amharic) ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ ኣማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጀተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

Ɓăsɔɔ Wùɖù (Bassa) Dè ɖɛ nìà kɛ dyéɖé gbo: Ɔ jǔ ké m Ɓàsɔɔ-wùɖù-po-nyɔ jǔ ní, nìí, à wuɖu kà kò ɖò po-poɔ ɓɛìn m gbo kpáa. Ɖá **1-800-777-7902** (TTY: **711**)

বাংলা (Bengali) লক্ষ্য করুনঃ যদি আপদি বাংলা, কথা বলতে পাতেি, োহতল দিঃখেচায় ভাষা সহায়ো পদেতষবা উপলব্ধ আতে। ফ াি করুি **1-800-777-7902** (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 **1-800-777-7902** （TTY：**711**）。

فارسی (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با **1-800-777-7902** (TTY: **711**) تماس بگیرید.

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-777-7902** (TTY : **711**).

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

ગજરાતી (Gujarati) સચના: જો તમે ગજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટ ઉપલબ્ધ છ. ફોિ કરો **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole) ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

हिन्दी (Hindi) ध्यान द: यदि आप दिि◌ी बोलत ि तो आपक ललए मफ्त म भाषा सिायता सवाए उपलब्ध ि। **1-800-777-7902** (TTY: **711**) पर कॉल कर।

Igbo (Igbo) NRỤBAMA: Ọ bụrụ na ị na asụ Igbo, ọrụ enyemaka asụsụ, n’efu, dịịrị gị. Kpọọ **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

Italiano (Italian) ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero **1-800-777-7902** (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。**1-800-777-7902**（TTY:**711**）まで、お電話にてご連絡ください。

한국어（Korean） 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-777-7902** (TTY: **711**)번으로 전화해 주십시오.

Naabeehó (Navajo) Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti’go Diné Bizaad, saad bee áká’ánída’áwo’déé’, t’áá jiik’eh, éí ná hóló, koji’ hódíílnih **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

Português (Portuguese) ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-777-7902** (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 **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

ไทย (Thai) เรียน: ถาคณพดภาษาไทย คณสามารถใชบรการชวยเหลอทางภาษาไดฟร โทร **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

ودرا (Urdu) نیرک لاک - نیہ بایتسد نیم تفم تامدخ یک ددم یک نابز وک پآ وت ،نیہ ےتلوب ودرا پآ رگا **:رادربخ** **1-800-777-7902** (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 **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

Yorùbá (Yoruba) AKIYESI: Ti o ba nso ede Yoruba ofe ni iranlowo lori ede wa fun yin o. E pe ero ibanisoro yi **1-800-777-7902** (TTY: **711**).