



The Summary of Benefits and Coverage (SBC) document will help you choose a health [plan](#). The SBC shows you how you and the [plan](#) would share the cost for covered health care services. **NOTE:** Information about the cost of this [plan](#) (called the [premium](#)) will be provided separately. This is only a summary. For more information about your coverage, or to get a copy of the complete terms of coverage see <https://kp.org/plandocuments> or call 1-855-249-5005 (TTY:711). For general definitions of common terms, such as [allowed amount](#), [balance billing](#), [coinsurance](#), [copayment](#), [deductible](#), [provider](#), or other underlined terms, see the Glossary. You can view the Glossary at www.healthcare.gov/sbc-glossary/ or call 1-855-249-5005 (TTY:711) to request a copy.

Important Questions	Answers	Why this Matters:
What is the overall deductible ?	\$250 Individual / \$500 Family	Generally, you must pay all of the costs from providers up to the deductible amount before this plan begins to pay. If you have other family members on the plan , each family member must meet their own individual deductible until the total amount of deductible expenses paid by all family members meets the overall family deductible .
Are there services covered before you meet your deductible ?	Yes. Preventive care and services indicated in chart starting on page 2.	This plan covers some items and services even if you haven't yet met the deductible amount. But a copayment or coinsurance may apply. For example, this plan covers certain preventive services without cost sharing and before you meet your deductible . See a list of covered preventive services at https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
Are there other deductibles for specific services?	No.	You don't have to meet deductibles for specific services.
What is the out-of-pocket limit for this plan ?	\$3,000 Individual / \$6,000 Family	The out-of-pocket limit is the most you could pay in a year for covered services. If you have other family members in this plan , they have to meet their own out-of-pocket limits until the overall family out-of-pocket limit has been met.
What is not included in the out-of-pocket limit ?	Premiums , health care this plan doesn't cover, and services indicated in chart starting on page 2.	Even though you pay these expenses, they don't count toward the out-of-pocket limit .
Will you pay less if you use a network provider ?	Yes. See www.kp.org or call 1-855-249-5005 (TTY: 711) for a list of network providers .	This plan uses a provider network . You will pay less if you use a provider in the plan's network . You will pay the most if you use an out-of-network provider , and you might receive a bill from a provider for the difference between the provider's charge and what your plan pays (balance billing). Be aware, your network provider might use an out-of-network provider for some services (such as lab work). Check with your provider before you get services.

Important Questions	Answers	Why this Matters:
Do you need a referral to see a specialist ?	Yes, but you may self-refer to certain specialists .	This plan will pay some or all of the costs to see a specialist for covered services but only if you have a referral before you see the specialist .

 All [copayment](#) and [coinsurance](#) costs shown in this chart are after your [deductible](#) has been met, if a [deductible](#) applies.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay Plan Provider (You will pay the least)	What You Will Pay Non-Plan Provider (You will pay the most)	Limitations, Exceptions & Other Important Information
If you visit a health care provider's office or clinic	Primary care visit to treat an injury or illness	\$20 / visit, deductible does not apply. 20% coinsurance for other covered services received during a visit.	Not covered	Virtual Care Services: No charge, deductible does not apply
	Specialist visit	\$30 / visit, deductible does not apply	Not covered	Virtual Care Services: No charge, deductible does not apply
	Preventive care/ screening/ immunization	No charge, deductible does not apply	Not covered	You may have to pay for services that aren't preventive . Ask your provider if the services needed are preventive . Then check what your plan will pay for.
If you have a test	Diagnostic test (x-ray, blood work)	No charge, deductible does not apply.	Not covered	None
	Imaging (CT/PET scans, MRI's)	\$50 / test, deductible does not apply	Not covered	None

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay Plan Provider (You will pay the least)	What You Will Pay Non-Plan Provider (You will pay the most)	Limitations, Exceptions & Other Important Information
If you need drugs to treat your illness or condition More information about prescription drug coverage is available at http://www.kp.org/formulary	Generic drugs	\$10 retail and \$20 mail order / prescription , deductible does not apply.	Not covered	Up to a 30-day supply (retail); up to a 90-day supply (mail order). Prescription refills of ongoing maintenance medications must be filled at a Kaiser Permanente Pharmacy. Subject to formulary guidelines. Formulary preventive and contraceptive drugs in all tiers are no charge, deductible does not apply.
	Preferred brand drugs	\$30 retail and \$60 mail order / prescription , deductible does not apply.	Not covered	Up to a 30-day supply (retail); up to a 90-day supply (mail order). Subject to formulary guidelines.
	Non-preferred drugs	Cost share for generic or brand drugs may apply	Not covered	Up to a 30-day supply (retail); up to a 90-day supply (mail order). Subject to formulary guidelines, when approved through the exception process.
	Specialty drugs	20% coinsurance up to \$250 retail / prescription , deductible does not apply.	Not covered	Up to a 30-day supply (retail). Subject to formulary guidelines, when approved through the exception process.
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	Ambulatory surgical center: \$500 / surgery, deductible does not apply. Outpatient hospital: 20% coinsurance .	Not covered	None
	Physician/surgeon fees	Ambulatory surgical center: No charge, deductible does not apply. Outpatient hospital: 20% coinsurance .	Not covered	None
If you need immediate medical attention	Emergency room care	20% coinsurance	20% coinsurance	Imaging (CT/PET scans, MRI) copayment waived if admitted directly to the hospital as an inpatient.
	Emergency medical transportation	\$150 / trip, deductible does not apply	\$150 / trip, deductible does not apply	None
	Urgent care	\$20 / visit, deductible does not apply	Not covered	Non-Plan Provider : covered when temporarily outside the service area: \$20 / visit, deductible does not apply.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay Plan Provider (You will pay the least)	What You Will Pay Non-Plan Provider (You will pay the most)	Limitations, Exceptions & Other Important Information
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	20% coinsurance	Not covered	None
	Physician/surgeon fee	20% coinsurance	Not covered	None
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	\$20 / visit, deductible does not apply	Not covered	\$10 / group visit, deductible does not apply. Annual Wellness Visit and Virtual Care Services: No charge, deductible does not apply.
	Inpatient services	20% coinsurance	Not covered	None
If you are pregnant	Office visits	20% coinsurance	Not covered	Cost sharing does not apply for preventive services . Maternity care may include tests and services described elsewhere in the SBC (i.e. ultrasound.)
	Childbirth/delivery professional services	20% coinsurance	Not covered	None
	Childbirth/delivery facility services	20% coinsurance	Not covered	None

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay Plan Provider (You will pay the least)	What You Will Pay Non-Plan Provider (You will pay the most)	Limitations, Exceptions & Other Important Information
If you need help recovering or have other special health needs	Home health care	No charge, deductible does not apply	Not covered	Less than 8 hours / day and 28 hours / week. 100 visit limit / year.
	Rehabilitation services	Outpatient services: \$20 / visit, deductible does not apply. Inpatient service: 20% coinsurance .	Not covered	Outpatient: 20 visit limit / therapy / year (autism spectrum disorders are not subject to visit limit). Virtual Care Services: No charge, deductible does not apply. Inpatient: Limited to 60 days / condition / year.
	Habilitation services	Outpatient services: \$20 / visit, deductible does not apply	Not covered	20 visit limit / therapy / year (autism spectrum disorders are not subject to visit limit). Virtual Care Services: No charge, deductible does not apply.
	Skilled nursing care	20% coinsurance	Not covered	100-day limit / year.
	Durable medical equipment	20% coinsurance	Not covered	Subject to formulary guidelines.
	Hospice service	No charge, deductible does not apply	Not covered	None
If your child needs dental or eye care	Children's eye exam	No charge, deductible does not apply	Not covered	Limited to members up to the end of the year in which the member turns 19.
	Children's glasses	Not covered	Not covered	None
	Children's dental check-up	Not covered	Not covered	None

Excluded Services & Other Covered Services:

Services Your Plan Generally Does NOT Cover (Check your policy or plan document for more information and a list of any other excluded services .)		
• Bariatric surgery • Children's dental check-up • Children's glasses	• Cosmetic surgery • Dental care (Adult) • Long-term care	• Non-emergency care when traveling outside the U.S. • Routine foot care • Weight loss programs

Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list. Please see your [plan](#) document.)

- Acupuncture (20 visit limit/year)
- Chiropractic care (20 visit limit/year)
- Hearing aids (Adults: \$1,000 limit/ear, every 36 months; Up to age 18: 1 aid / ear / 60months)
- Infertility treatment
- Private-duty nursing (Inpatient)
- Routine eye care (Adult)

Your Rights to Continue Coverage: There are agencies that can help if you want to continue your coverage after it ends. The contact information for those agencies is shown in the chart below. Other coverage options may be available to you too, including buying individual insurance coverage through the [Health Insurance Marketplace](#). For more information about the [Marketplace](#), visit www.HealthCare.gov or call 1-800-318-2596.

Your Grievance and Appeals Rights: There are agencies that can help if you have a complaint against your [plan](#) for a denial of a [claim](#). This complaint is called a [grievance](#) or [appeal](#). For more information about your rights, look at the explanation of benefits you will receive for that medical [claim](#). Your [plan](#) documents also provide complete information on how to submit a [claim](#), [appeal](#), or a [grievance](#) for any reason to your [plan](#). For more information about your rights, this notice, or assistance, contact the agencies in the chart below.

Contact Information for Your Rights to Continue Coverage & Your Grievance and Appeals Rights:

Kaiser Permanente Member Services	1-855-249-5005 (TTY: 711) or www.kp.org/memberservices
Department of Labor's Employee Benefits Security Administration	1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform
Department of Health & Human Services, Center for Consumer Information & Insurance Oversight	1-877-267-2323 x61565 or www.cciio.cms.gov
Colorado Division of Insurance	303-894-7490 (instate, toll-free: 800-930-3745) or insurance@dora.state.co.us

Does this plan provide Minimum Essential Coverage? Yes.

[Minimum Essential Coverage](#) generally includes [plans](#), [health insurance](#) available through the [Marketplace](#) or other individual market policies, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, and certain other coverage. If you are eligible for certain types of [Minimum Essential Coverage](#), you may not be eligible for the [premium tax credit](#).

Does this plan meet the Minimum Value Standards? Yes.

If your [plan](#) doesn't meet the [Minimum Value Standards](#), you may be eligible for a [premium tax credit](#) to help you pay for a [plan](#) through the [Marketplace](#).

Language Access Services:

SPANISH (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-855-249-5005 (TTY: 711)

TAGALOG (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-855-249-5005 (TTY: 711)

TRADITIONAL CHINESE (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-855-249-5005 (TTY: 711)

PENNSYLVANIA DUTCH (Deutsch): Fer Hilf griege in Deutsch, ruf 1-855-249-5005 (TTY: 711) uff

NAVAJO (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-855-249-5005 (TTY: 711)

SAMOAN (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-855-249-5005 (TTY: 711)

CAROLINIAN (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-855-249-5005 (TTY: 711)

CHAMORRO (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, à'gang 1-855-249-5005 (TTY: 711)

To see examples of how this [plan](#) might cover costs for a sample medical situation, see the next section.

About these Coverage Examples:



This is not a cost estimator. Treatments shown are just examples of how this [plan](#) might cover medical care. Your actual costs will be different depending on the actual care you receive, the prices your [providers](#) charge, and many other factors. Focus on the [cost sharing](#) amounts ([deductibles](#), [copayments](#) and [coinsurance](#)) and [excluded services](#) under the [plan](#). Use this information to compare the portion of costs you might pay under different health [plans](#). Please note these coverage examples are based on self-only coverage.

Peg is Having a Baby

(9 months of in-network pre-natal care and a hospital delivery)

■ The plan's overall deductible	\$250
■ Specialist copayment	\$30
■ Hospital (facility) coinsurance	20%
■ Other copayment	\$0

This EXAMPLE event includes services like:

[Specialist](#) office visits (*prenatal care*)
 Childbirth/Delivery Professional Services
 Childbirth/Delivery Facility Services
[Diagnostic tests](#) (*ultrasounds and blood work*)
[Specialist](#) visit (*anesthesia*)

Total Example Cost	\$12,700
In this example, Peg would pay:	
<i>Cost Sharing</i>	
Deductibles	\$250
Copayments	\$10
Coinsurance	\$2,200
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$60
The total Peg would pay is	\$2,520

Managing Joe's Type 2 Diabetes

(a year of routine in-network care of a well-controlled condition)

■ The plan's overall deductible	\$250
■ Specialist copayment	\$30
■ Hospital (facility) coinsurance	20%
■ Other copayment	\$0

This EXAMPLE event includes services like:

[Primary care physician](#) office visits (*including disease education*)
[Diagnostic tests](#) (*blood work*)
[Prescription drugs](#)
[Durable medical equipment](#) (*glucose meter*)

Total Example Cost	\$5,600
In this example, Joe would pay:	
<i>Cost Sharing</i>	
Deductibles	\$0
Copayments	\$500
Coinsurance	\$200
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$0
The total Joe would pay is	\$700

Mia's Simple Fracture

(in-network emergency room visit and follow up care)

■ The plan's overall deductible	\$250
■ Specialist copayment	\$30
■ Hospital (facility) coinsurance	20%
■ Other copayment	\$0

This EXAMPLE event includes services like:

[Emergency room care](#) (*including medical supplies*)
[Diagnostic test](#) (*x-ray*)
[Durable medical equipment](#) (*crutches*)
[Rehabilitation services](#) (*physical therapy*)

Total Example Cost	\$2,800
In this example, Mia would pay:	
<i>Cost Sharing</i>	
Deductibles	\$250
Copayments	\$300
Coinsurance	\$200
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$0
The total Mia would pay is	\$750

The [plan](#) would be responsible for the other costs of these EXAMPLE covered services.

Colorado Supplement to the Summary of Benefits and Coverage Form

INSURANCE COMPANY NAME	Kaiser Foundation Health Plan of Colorado
NAME OF PLAN	Western States Carpenters Health and Welfare Plan DHMO 250 20%
1. Type of Policy	Large Employer Group Policy
2. Type of plan	Health maintenance organization (HMO)
3. Areas of Colorado where plan is available.	Plan is available only in the following counties: Adams, Arapahoe, Boulder, Broomfield, Clear Creek, Denver, Douglas, El Paso, Elbert, Fremont, Gilpin, Jefferson, Larimer, Park, Pueblo, Teller, and Weld KP Select Plan: El Paso and Teller

SUPPLEMENTAL INFORMATION REGARDING BENEFITS

Important Note: The contents of this form are subject to the provisions of the policy, which contains all terms, covenants and conditions of coverage. It provides additional information meant to supplement the Summary of Benefits of Coverage you have received for this plan. This plan may exclude coverage for certain treatments, diagnoses, or services not specifically noted. Consult the actual policy to determine the exact terms and conditions of coverage.

	Description
4. Annual Deductible Type	EMBEDDED DEDUCTIBLE INDIVIDUAL – The amount that each member of the family must meet prior to claims being paid. Claims will not be paid for any other individual until their individual deductible or the family deductible has been met. FAMILY – The maximum amount that the family will pay for the year. The family deductible can be met by [2] or more individuals.
5. Out-of-Pocket Maximum	EMBEDDED OUT-OF-POCKET INDIVIDUAL – The amount that each member of the family must meet prior to claims being paid at 100%. Claims will not be paid at 100% for any other individual until their individual out-of-pocket or the family out-of-pocket has been met. FAMILY – The maximum amount that the family will pay for the year. The family out-of-pocket can be met by 2 or more individuals.
6. What is included in the In-Network Out-of-Pocket Maximum?	Deductibles, coinsurance and copayments.
7. Is pediatric dental covered by this plan?	No, the plan does not include pediatric dental.

8. What cancer screenings are covered?	Breast Cancer (clinical breast exam, screening and/or imaging, genetic testing for inherited susceptibility for breast cancer); Colon and Rectal Cancer (fecal occult blood test (FIT), flexible sigmoidoscopy, barium enema, colonoscopy); Cervical Cancer (Pap test); Prostate Cancer (digital rectal exam, serum prostatic specific antigen (PSA))
---	---

USING THE PLAN

	IN-NETWORK	OUT-OF-NETWORK
9. If the provider charges more for a covered service than the plan normally pays, does the enrollee have to pay the difference?	No	Yes, members may be responsible for any amounts over eligible Charges, except when Emergency Services are received in an Out-of-Plan Facility or from an Out-of-Plan Provider in a Plan Facility.
10. Does the plan have a binding arbitration clause?	No	

Questions: Call **1-855-249-5005** (TTY **711**) or visit us at www.kp.org.

SPANISH (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al **1-855-249-5005** (TTY **711**).

This document is available for free in Spanish. Please contact our Member Services number at **303-338-3800** or toll free **1-800-632-9700** (TTY **711**).

Este documento está disponible de forma gratuita en español. Si desea información adicional, por favor llame al número de nuestro Servicio a los Miembros al **303-338-3800** or toll free **1-800-632-9700**. (Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **711**).

If you are not satisfied with the resolution of your complaint or grievance, contact:

Colorado Division of Insurance
Consumer Services, Life and Health Section
1560 Broadway, Suite 850, Denver, CO 80202
Call: 303-894-7490 (in-state, toll-free: 800-930-3745)
Email: dora_insurance@state.co.us

NONDISCRIMINATION NOTICE

Kaiser Foundation Health Plan of Colorado (Kaiser Health Plan) complies with applicable Federal and state civil rights laws and does not discriminate, exclude people or treat them less favorably on the basis of race, color, national origin (including limited English proficiency and primary language), ancestry, age, disability, sex (including sex characteristics, intersex traits; pregnancy or related conditions; sexual orientation; gender identity, gender expression, and sex stereotypes), religion, creed or marital status.

Kaiser Health Plan:

- Provides no-cost auxiliary 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, braille, and accessible electronic formats
- Provides 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 **1-800-632-9700** (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, ancestry, age, disability, sex, (including sex characteristics, intersex traits; pregnancy or related conditions; sexual orientation; gender identity, gender expression, and sex stereotypes), religion, creed, or marital status, you can file a grievance by mail at: Customer Experience Department, Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator, 10350 E. Dakota Ave, Denver, CO 80247, or by phone at Member Services **1-800-632-9700** (TTY **711**).

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**, (TTY **1-800-537-7697**). Complaint forms are available at hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

This notice is available at <https://healthy.kaiserpermanente.org/colorado/language-assistance/nondiscrimination-notice>

HELP IN YOUR LANGUAGE

ATTENTION: If you speak English, language assistance services including appropriate auxiliary aids and services, free of charge, are available to you. Call **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

አማርኛ (Amharic) ትኩረት: አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ ተገቢ የሆኑ ረዳት መርጃዎችን እና አገልግሎቶችን ጨምሮ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶች በነጻ ይገኛሉ። በ **1-800-632-9700** ይደውሉ (TTY 711)።

العربية (Arabic) تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية بما في ذلك من وسائل المساعدة والخدمات المناسبة بالمجان. اتصل بالرقم **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

Bàsɔ̀̀ Wùdù (Bassa) Mbi sog: nia maa Bàsàa, njàl mbom a ka maa njàng ndol ni mbom mi tsonj ni sonj, niŋ ma kénŋen yé, mbi èyem. Wò nàŋ **1-800-632-9700 (TTY 711)**

中文 (Chinese) 注意事項: 如果您說中文，您可獲得免費語言協助服務，包括適當的輔助器材和服務。致電 **1-800-632-9700 (TTY 711)**。

فارسی (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، «تسهیلات زبانی»، از جمله کمک‌ها و خدمات پشتیبانی مناسب، به صورت رایگان در دسترس‌تان است با **1-800-632-9700** تماس بگیرید (TTY (تلفن متنی): **711**).

Français (French) ATTENTION: si vous parlez français, des services d'assistance linguistique comprenant des aides et services auxiliaires appropriés, gratuits, sont à votre disposition. Appelez le **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen die Sprachassistentz mit entsprechenden Hilfsmitteln und Dienstleistungen kostenfrei zur Verfügung. Rufen Sie **1-800-632-9700** an (TTY 711).

Igbo (Igbo) TINYE UCHE: Ọ bụrụ na ị na-asụ Igbo, Ọrụ enyemaka nke asụsụ gụnyere udi enyemaka na ọrụ kwesiri ekwesị, n'efu, di nye gi. Kpọ **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

日本語 (Japanese) 注意: 日本語を話す場合、適切な補助機器やサービスを含む言語支援サービスが無料で提供されます。 **1-800-632-9700** までお電話ください (TTY : **711**)。

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 구사하실 경우, 필요한 보조 기기 및 서비스가 포함된 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다. **1-800-632-9700**로 전화해 주세요 (TTY **711**).

Naabeehó (Navajo) Díí BAA AKÓ NÍNÍZIN: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', biniit'aa da beeso ndinish'aah t'aala'l bi'aa 'anashwo' doo biniit'aa, t'aadoo baahilinigoo bits'aadoo yeel, t'áá jiik'eh, éí ná hóló, koji' hódíłnih **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

नेपाली (Nepali) ध्यान दिनुहोस्: यदि तपाईं नेपाली बोल्नुहुन्छ भने, उपयुक्त सहायक सहायता र सेवाहरू सहित भाषा सहायता सेवाहरू, निःशुल्क उपलब्ध छन्। फोन **1-800-632-9700 (TTY: 711)**.

Afaan Oromoo (Oromo) XIYYEEFFANNOO: Yoo Afaan Oromo dubbattu ta'e, Tajaajila gargaarsa afaanii, gargaarsota dabalataa fi tajaajiloota barbaachisoo kaffaltii irraa bilisa ta'an, isiniif ni jira. **1-800-632-9700** irratti bilbilaa (TTY **711**)

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ! Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки, включая соответствующие вспомогательные средства и услуги. Позвоните по номеру **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

Español (Spanish) ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística que incluyen ayudas y servicios auxiliares adecuados y gratuitos. Llame al **1-800-632-9700** (TTY **711**).

Tagalog (Tagalog) PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, available sa iyo ang serbisyo ng tulong sa wika kabilang ang mga naaangkop na karagdagang tulong at serbisyo, nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-632-9700** (TTY **711**).

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, bạn có thể sử dụng các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí, bao gồm các dịch vụ và phương tiện hỗ trợ phù hợp. Xin gọi **1-800-632-9700** (TTY **711**).

Yorùbá (Yoruba) ÀKÍYÈSÍ: Tí o bá ń sọ èdè Yorùbá, àwọn isẹ̀ ìrànlowọ̀ èdè tó fi kún àwọn ohun èlò ìrànlowọ̀ tó yẹ àti àwọn isẹ̀ láísí ìdíyelé wà fún ọ. Pe **1-800-632-9700** (TTY **711**).

This page is intentionally left blank.

This page is intentionally left blank.

Español (Spanish) ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística que incluyen ayudas y servicios auxiliares adecuados y gratuitos. Llame al **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

Tagalog (Tagalog) PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, available sa iyo ang serbisyo ng tulong sa wika kabilang ang mga naaangkop na karagdagang tulong at serbisyo, nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, bạn có thể sử dụng các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí, bao gồm các dịch vụ và chương tiện hỗ trợ phù hợp. Xin gọi **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

Yorùbá (Yoruba) ÀKÍYÈSÍ: Ti o bá n sọ èdè Yorùbá, àwọn isẹ̀ iránlọ̀wọ̀ èdè tò fi kún àwọn ohun èlò iránlọ̀wọ̀ tò yé àti àwọn isẹ̀ láisí idiyelẹ̀ wà fún ọ. Pẹ̀ **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

HELP IN YOUR LANGUAGE

ATTENTION: If you speak English, language assistance services including appropriate auxiliary aids and services, free of charge, are available to you. Call 1-800-632-9700 (TTY 711).

[illegible]

البريد الإلكتروني: arabic@arabic.com (Arabic) (711 711) 1-800-632-9700.

Bàsɔɔ Wudu (Bassa) Mbi sog: nia maa Basaa, njál mbom a ka maa njáng ndol ní mbom mí tsoj ní soj, níj ma kéngeŋ yé, mbi éyem. Wɔ nàj 1-800-632-9700 (TTY 711)

中文 (Chinese) 注意事項：如果您說中文，您可獲得免費語言協助服務，包括適當的輔助器材和服務。致電 1-800-632-9700 (TTY 711)。

فارسی (Farsi) یوچه: اگر به زبان صحت می‌گنید، «تسهلات زبانی»، از جمله کمک‌ها و خدمات پشتیبانی مناسب، به صورت رایگان در دسترس‌تان است یا 1-800-632-9700 تماس بگیرید (تلفن می‌تواند 711).

Attention (French) : si vous parlez français, des services d'assistance linguistique comprenant des aides et services auxiliaires appropriés, gratuits, sont à votre disposition. Appelez le **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen die Sprachassistent mit entsprechenden Hilfsmitteln und Dienstleistungen kostenfrei zur Verfügung. Rufen Sie **1-800-632-9700** an (TTY 711).

igbo (igbo) TINYE UCHIE: Ọ bụrụ na i na-asụ Igbo, Ọrụ enyemaka nke asụsụ gụnyere ndi enyemaka na ọrụ kwesiri ekwesị, n'efu, di n'ye gi. Kpoo 1-800-632-9700 (TTY 711).

日本語 (Japanese) 注意：日本語を話す場合、適切な補助機器やサービスを含む言語支援サービスが無料で提供されます。1-800-632-9700 までお電話ください (TTY：711)。

한국어 (Korean) 중의: 한국어를 구사하신 경우, 필요한 보조 기기 및 서비스가 포함된 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다. 1-800-632-9700로 전화해 주
세요.(TTY 711).

Naabeehō (Navajo) DII BAA AKO NINIZIN: Dii saad bee yānitiigo Dine Bizaad, saad bee aka'ānida'awo'dèè, biniit'aa da beeso ndinish'ah t'aala'l bi'aa 'anashwo' doo biniit'aa, t'aadoo baahiliingooo bits'aadoo yeei, t'aà jik'eh, èt na hòlò, kojì' hódilinih 1-800-632-9700 (TTY 711).

नेपाली (Nepali) ध्यान दिनुहोस्: यदि तपाईं नेपाली बोलार्थहरू भन्ने, उपर्युक्त सहायक सहचाला र सेवाहरू सहित भाषा सहचाला सेवाहरू, निःशुल्क उपलब्ध छन्। फोन १-800-632-9700 (Toll Free: 1-800-632-9700)

Afaan Oromoo (Oromo) XIYEEFFANNOO: Yoo Afaan Oromo dubbattu ta'e, Tajajjila gargaarsa afaanii, gargaarsota dabalatan fi tajajjiloota barbaachisoo kaffallatti irraa bilisa ta'an, isiniif ni irra, **1-800-632-9700** irratti bilbilaa (TTY 711)

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ! Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки, включая соответствующие вспомогательные средства и услуги. Позвоните по номеру 1-800-632-9700 (TTY 711).

NONDISCRIMINATION NOTICE

Kaiser Foundation Health Plan of Colorado (Kaiser Health Plan) complies with applicable Federal and state civil rights laws and does not discriminate, exclude people or treat them less favorably on the basis of race, color, national origin (including limited English proficiency and primary language), ancestry, age, disability, sex (including sex characteristics, intersex traits; pregnancy or related conditions; sexual orientation; gender identity, gender expression, and sex stereotypes), religion, creed or marital status.

Kaiser Health Plan:

- Provides no-cost auxiliary 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, braille, and accessible electronic formats
- Provides 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 **1-800-632-9700** (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, ancestry, age, disability, sex,(including sex characteristics, intersex traits; pregnancy or related conditions; sexual orientation; gender identity, gender expression, and sex stereotypes), religion, creed, or marital status, you can file a grievance by mail at: Customer Experience Department, Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator, 10350 E. Dakota Ave, Denver, CO 80247, or by phone at Member Services **1-800-632-9700** (TTY **711**).

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**, (TTY **1-800-537-7697**). Complaint forms are available at hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

This notice is available at <https://healthy.kaiserpermanente.org/colorado/language-assistance/nondiscrimination-notice>

7. ¿Este plan cubre el tratamiento odontológico pediátrico?	No, el plan no cubre tratamiento odontológico pediátrico.
8. ¿Cuáles pruebas de detección de cáncer están cubiertas?	Cáncer de mama (examen clínico de mama, prueba de detección o imágenes, análisis genéticos para susceptibilidad heredada de cáncer de mama); cáncer colorrectal (análisis de sangre oculta en heces [SOH], sigmoidoscopia flexible, enema de bario, colonoscopia); cáncer cervicouterino (papanicolaou); cáncer de próstata (examen rectal digital, análisis de sangre para antígeno prostático específico [PSA]).

USO DEL PLAN

	EN LA RED	FUERA DE LA RED
9. Si el proveedor cobra más de lo que el plan paga por un servicio cubierto, ¿debe pagar la diferencia el afiliado?	No.	Si, los miembros pueden ser responsables por cualquier monto sobre los cargos elegibles, excepto cuando los Servicios de emergencia se reciban en un centro fuera del plan o de un proveedor fuera del plan en un centro del plan.
10. ¿El plan tiene una cláusula de arbitraje vinculante?	No	

Preguntas: Llame al **1-855-249-5005** (TTY: **711**) o visite www.kp.org.

SPANISH (Español): Para obtener asistencia en español, llame al **1-855-249-5005** (TTY: **711**).

This document is available for free in Spanish. Please contact our Member Services number at **303-338-3800** or toll free **1-800-632-9700** (TTY: **711**). Este documento está disponible de forma gratuita en español. Si desea información adicional, por favor llame al número de nuestro Servicio a los Miembros al **303-338-3800** o a la línea telefónica gratuita al **1-800-632-9700**. (Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **711**).

Si no está satisfecho con la resolución de su reclamación o queja, contacte a:

División de Seguros de Colorado
 Servicios al Consumidor, sector de Vida y Salud
 1560 Broadway, Suite 850, Denver, CO 80202
 Llame al: 303-894-7490 (dentro del estado, línea telefónica gratuita: 800-930-3745)
 Correo electrónico: dora_insurance@state.co.us

Complemento de Colorado para el formulario del Resumen de beneficios y cobertura

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS		Plan de salud de Kaiser Foundation para Colorado
NOMBRE DEL PLAN		Western States Carpenters Health and Welfare Plan DHMO 250 20%
1. Tipo de póliza	Póliza de Large Employer Group	
2. Tipo de plan	Health maintenance organization (HMO)	
3. Áreas de Colorado en las que el plan está disponible	El plan está disponible solo en los siguientes condados: Adams, Arapahoe, Boulder, Broomfield, Clear Creek, Denver, Douglas, El Paso, Elbert, Fremont, Gilpin, Jefferson, Larimer, Park, Pueblo, Teller y Weld Plan Select de KP: El Paso y Teller	

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE LOS BENEFICIOS

Nota importante: El contenido de este formulario está sujeto a las provisiones de la póliza, que contiene todos los términos, los acuerdos y las condiciones de cobertura. Provee información adicional destinada a complementar el Resumen de beneficios y cobertura que recibió para este plan. Este plan puede excluir la cobertura para ciertos tratamientos, diagnósticos o servicios que no estén anotados específicamente. Consulte la póliza real para determinar los términos y las condiciones exactos de cobertura.

Descripción		4. Tipo de deducible anual	INDIVIDUAL – La cantidad a la que cada miembro de la familia debe llegar antes de que se paguen las reclamaciones. Las reclamaciones no se pagarán a ningún otro individuo hasta que alcance su deducible individual o el deducible de la familia. FAMILIAR – La cantidad máxima que la familia pagará por ese año. Se puede alcanzar el deducible de la familia por [2] o más individuos.
LÍMITE DE GASTOS DE BOLSILLO INCORPORADO		5. Gasto máximo de bolsillo	INDIVIDUAL – La cantidad a la que cada miembro de la familia debe llegar antes de que se paguen las reclamaciones no se pagarán al 100% para ningún otro individuo hasta que se alcance el límite de gastos de bolsillo del individuo o de la familia. FAMILIAR – La cantidad máxima que la familia pagará por ese año. Se puede alcanzar el límite de gastos de bolsillo de la familia por 2 o más individuos.
		6. ¿Qué se incluye en el gasto máximo de bolsillo dentro de la red?	Deducibles, coseguro y copagos.



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 \$250 ■ Copago para el especialista \$30 ■ Coseguro del hospital (establecimiento) 20% ■ Otro copago \$0	Este EJMPLO 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)
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 \$250 ■ Copago para el especialista \$30 ■ Coseguro del hospital (establecimiento) 20% ■ Otro copago \$0	Este EJMPLO de evento incluye servicios como: Visitas en el consultorio del médico de atención primaria (<i>incluye la educación sobre enfermedades</i>) Exámenes de diagnóstico (análisis de sangre) Medicamentos con receta Equipo médico duradero (glucómetro)
Fractura simple de Mía (visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)	■ El deducible general del plan \$250 ■ Copago para el especialista \$30 ■ Coseguro del hospital (establecimiento) 20% ■ Otro copago \$0	Este EJMPLO de evento incluye servicios como: Atención en la Sala de Emergencias (<i>incluye suministros médicos</i>) Equipo médico duradero (muletas) Exámenes de diagnóstico (radiografías) Servicios de rehabilitación (fisioterapia)

Costo total del ejemplo	\$12,700	En este ejemplo, Peg pagaría:	Costos compartidos	Deducibles	\$250	Copagos	\$10	Coseguro	\$2,200	Lo que no está cubierto	Límites o exclusiones	El total que Peg pagaría es	\$2,520
Costo total del ejemplo	\$5,600	En este ejemplo, Joe pagaría:	Costos compartidos	Deducibles	\$0	Copagos	\$500	Coseguro	\$200	Lo que no está cubierto	Límites o exclusiones	El total que Joe pagaría es	\$700
Costo total del ejemplo	\$2,800	En este ejemplo, Mía pagaría:	Costos compartidos	Deducibles	\$250	Copagos	\$300	Coseguro	\$200	Lo que no está cubierto	Límites o exclusiones	El total que Mía pagaría es	\$750

El plan sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJMPLO.

?Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Si.
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 tarifas del plan.

?Cumple este plan el valor mínimo estándar? Si.

Si su plan no cumple con el valor mínimo estándar, es posible que cumpla con los requisitos para recibir un crédito fiscal para tarifas 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 1-855-249-5005 (TTY: 711)
TAGALOG (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-855-249-5005 (TTY: 711)
TRADITIONAL CHINESE (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-855-249-5005 (TTY: 711)
PENNSYLVANIA DUTCH (Deutsch): Fer Hilff griege in Deutsch, ruf 1-855-249-5005 (TTY: 711) uff
NAVAJO (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol niniisingo, kwiijigo holne' 1-855-249-5005 (TTY: 711)
SAMOAN (Gagana Samoa): Mo se fesoaosoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-855-249-5005 (TTY: 711)
CAROLINIAN (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut aillilis reel kapasal Falawasch au fataingi tiliifon ye 1-855-249-5005 (TTY: 711)
CHAMORRO (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, a'gang 1-855-249-5005 (TTY: 711)

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

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).	
• Cirugía bariátrica • Control dental para niños • Anteojos para niños	• Cirugía estética • Atención dental (adultos) • Cuidados a largo plazo
• Atención que no sea de emergencia cuando viaje fuera de los EE. UU. • Cuidado de los pies de rutina • 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).	
• Acupuntura (se limita a 20 visitas por año) • Atención quiropráctica (se limita a 20 visitas por año)	• Audífonos (adultos: límite de \$1,000 por oído, cada 36 meses; menores de 18 años: 1 audífono por oído cada 60 meses) • Tratamiento para 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	1-855-249-5005 (TTY: 711) o www.kp.org/member-services
Administración de Seguridad de Beneficios del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos	1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa/healthreform
Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros	1-877-267-2323 extensión 61565 o www.cilio.cms.gov
División de Seguros de Colorado	303-894-7490 (dentro del estado, línea telefónica gratuita: 800-930-3745) o insurance@dora.state.co.us

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud		Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista			
		Lo que usted pagará	Proveedor del plan (Usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará	Proveedor fuera del plan (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante	
	Atención médica en el hogar	Sin costo, el <u>deducible</u> no aplica	No está cubierto	Limitado a menos de 8 horas por día y 28 horas por semana. Se limita a 100 visitas por año.	Paciente ambulatorio: límite de 20 visitas por terapia por año (los trastornos del espectro autista no están sujetos al límite de visitas). Servicios de atención virtual: sin costo, el <u>deducible</u> no aplica. Paciente hospitalizado: <u>deducible</u> no aplica. Paciente hospitalizado: límite de 60 días por condición médica por año.		
	Servicios de rehabilitación	Servicios para pacientes ambulatorios: \$20 por visita, el <u>deducible</u> no aplica	No está cubierto	Paciente ambulatorio: límite de 20 visitas por terapia por año (los trastornos del espectro autista no están sujetos al límite de visitas). Servicios de atención virtual: sin costo, el <u>deducible</u> no aplica.	Servicios de rehabilitación		
	Servicios de habilitación	Servicios para pacientes ambulatorios: \$20 por visita, el <u>deducible</u> no aplica	No está cubierto	Limitado a menos de 8 horas por día y 28 horas por semana. Se limita a 100 visitas por año.	Servicios de habilitación		
	Atención de enfermería especializada	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Se limita a 100 días por año.	Atención de enfermería especializada		
	Equipo médico duradero	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Sujeto a las pautas del <u>formulario</u> .	Equipo médico duradero		
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	Sin costo, el <u>deducible</u> no aplica	No está cubierto	Ninguna	Servicios en un programa de cuidados paliativos		
	Examen de la vista para niños	Sin costo, el <u>deducible</u> no aplica	No está cubierto	Limitado para los miembros hasta el final del año en el que cumplen 19 años.	Examen de la vista para niños		
	Anteojos para niños	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna	Anteojos para niños		
	Control dental para niños	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna	Control dental para niños		

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Proveedor fuera del plan (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Lo que usted pagará	Proveedor del plan (Usted pagará el mínimo)		
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	20% de coseguro	20% de coseguro	20% de coseguro	Sin copago en diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) si lo internan directamente en el hospital como paciente hospitalizado.
	Transporte médico de emergencia	\$150 por viaje, el deducible no aplica	\$150 por viaje, el deducible no aplica	\$150 por viaje, el deducible no aplica	Ninguna
	Atención de urgencia	\$20 por visita, el deducible no aplica	\$20 por visita, el deducible no aplica	No está cubierto	Proveedor fuera del plan: están cubiertos cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio: \$20 por visita, el deducible no aplica
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	20% de coseguro	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano	20% de coseguro	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$20 por visita, el deducible no aplica	No está cubierto	No está cubierto	\$10 por visita grupal, el deducible no aplica. Visita anual de bienestar y servicios de atención virtual: sin costo, el deducible no aplica.
	Servicios para pacientes hospitalizados	20% de coseguro	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna
Si está embarazada	Visitas al consultorio	20% de coseguro	No está cubierto	No está cubierto	Los costos compartidos no se aplican en los servicios preventivos. Los cuidados de maternidad podrían incluir los exámenes y servicios que se describen en otras partes del SBC (por ejemplo, ecografía).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	20% de coseguro	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	20% de coseguro	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará	Proveedor fuera del plan	Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Lo que usted pagará	Proveedor fuera del plan	
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en www.kp.org/formulary	Medicamentos genéricos	Al por menor: \$10 por receta médica; orden por correo: \$20 por receta médica, el deducible no aplica	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días al por menor o un suministro de 90 días en orden por correo. Las recetas médicas para el resurtido de medicamentos de mantenimiento deben surtirse en una farmacia de Kaiser Permanente). Sujeto a las pautas del formulario. Los medicamentos preventivos del formulario y los anticonceptivos en todos los niveles son sin costo; el deducible no aplica.
	Medicamentos de marca preferidos	Al por menor: \$30 por receta médica; orden por correo: \$60 por receta médica, el deducible no 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 del formulario.
	Medicamentos no preferidos	Se aplican los costos compartidos correspondientes de los medicamentos genéricos o de marca	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 del formulario cuando esté aprobado mediante el proceso de excepciones.
	Medicamentos de especialidad	Al por menor: 20% de coseguro hasta \$250 por receta médica, el deducible no aplica	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días al por menor. Sujeto a las pautas del formulario cuando esté aprobado mediante el proceso de excepciones.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Centro de cirugía ambulatoria: \$500 por cirugía, el deducible no aplica Hospital para pacientes ambulatorios: 20% de coseguro	No está cubierto	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano	Centro de cirugía ambulatoria: sin costo, el deducible no aplica Hospital para pacientes ambulatorios: 20% de coseguro	No está cubierto	Ninguna

Preguntas importantes		Respuestas		Por qué es importante:
¿Pagará menos si acude a un proveedor de la red?		Sí. Consulte www.kp.org o llame al 1-855-249-5005 (TTY: 711) para obtener una lista de proveedores de la red.		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 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 determinados 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.


 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		Proveedor del plan (usted pagará el mínimo)		Proveedor fuera del plan (usted pagará el máximo)		Limitaciones, excepciones y otra información importante	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor		Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$20 por visita, el deducible no aplica. 20% de coseguro para otros servicios cubiertos que se reciben durante una visita	No está cubierto	Servicios de atención virtual: Sin costo, el deducible no aplica.	Servicios de atención virtual: Sin costo, el deducible no aplica.	Usted tendrá que pagar por los servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego, consulte lo que su plan pagará.	Si se realiza un examen	
		Consulta con un especialista	\$30 por visita, el deducible no aplica	No está cubierto	Servicios de atención virtual: Sin costo, el deducible no aplica.				
		Atención preventiva/evaluación/vacunas	Sin costo, el deducible no aplica	No está cubierto					
		Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Sin costo, el deducible no aplica	No está cubierto	Ninguna	Ninguna			
		Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	\$50 por examen, el deducible no aplica	No está cubierto	Ninguna				

Preguntas importantes		Respuestas		Por qué es importante:	
¿Cuánto es el <u>deducible</u> total?	\$250 por individuo/\$500 por familia.	En general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta la cantidad <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 uno debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que la cantidad total de gastos de <u>deducible</u> que pagan todos los miembros alcance el <u>deducible</u> total de la familia.			
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Si. La <u>atención preventiva</u> y los servicios que se indican en la tabla que comienza en la página 2. Este <u>plan</u> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <u>deducible</u>. Sin embargo, se podría aplicar un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u>. Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre determinados <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> antes de que alcance su <u>deducible</u>. Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.cuidadadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/.	No debe pagar <u>deducibles</u> por servicios específicos.			
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No debe pagar <u>deducibles</u> por servicios específicos. El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que puede 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>límite de gastos de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> general de la familia.			
¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	\$3,000 por individuo/\$6,000 por familia.	Las <u>tarifas</u>, la atención médica que no cubre este <u>plan</u> y los servicios que se indican en la tabla que comienza en la página 2. ¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u>?			