



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, www.kp.org/plandocuments or call 1-888-901-4636 (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 1-888-901-4636 (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 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 , balance-billing charges, 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 1-888-901-4636 (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.
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		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Network Provider (You will pay the least)	Non-Network Provider (You will pay the most)	
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.	Not covered	None
	Specialist visit	\$30 / visit, deductible does not apply.	Not covered	None
	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)	\$10 / visit, deductible does not apply.	Not covered	None
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	\$50 / visit, deductible does not apply.	Not covered	Preauthorization required
If you need drugs to treat your illness or condition More information about prescription drug coverage is available at www.kp.org/formulary	Preferred generic drugs	\$10 (retail); \$20 (mail order) / prescription , deductible does not apply.	Not covered	Up to a 90-day supply (retail / mail order). No charge for contraceptives. Subject to formulary guidelines.
	Preferred brand drugs	\$30 (retail); \$60 (mail order) / prescription , deductible does not apply.	Not covered	Up to a 90-day supply (retail / mail order). Subject to formulary guidelines.
	Non-preferred drugs	Applicable Preferred generic, or Preferred brand cost shares apply.	Not covered	Up to a 90-day supply (retail / 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)	20% coinsurance	Not covered	None
	Physician/surgeon fees	20% coinsurance	Not covered	None
If you need immediate medical attention	Emergency room care	20% coinsurance	20% coinsurance	You must notify Kaiser Permanente within 24 hours if admitted to a Non-network provider ; limited to initial emergency only.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Network Provider (You will pay the least)	Non-Network Provider (You will pay the most)	
	Emergency medical transportation	\$150 / trip	\$150 / trip	None
	Urgent care	\$20 / visit, deductible does not apply.	20% coinsurance	Non-network providers covered when temporarily outside the service area.
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	20% coinsurance	Not covered	Preauthorization required
	Physician/surgeon fees	20% coinsurance	Not covered	Preauthorization required
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	\$20 / visit, deductible does not apply.	Not covered	None
	Inpatient services	20% coinsurance	Not covered	Preauthorization required
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	You must notify Kaiser Permanente within 24 hours of admission, or as soon thereafter as medically possible. Newborn services cost shares are separate from that of the mother.
	Childbirth/delivery facility services	20% coinsurance	Not covered	You must notify Kaiser Permanente within 24 hours of admission, or as soon thereafter as medically possible. Newborn services cost shares are separate from that of the mother.
If you need help recovering or have other special health needs	Home health care	No Charge, deductible does not apply.	Not covered	130 visit limit / year. Preauthorization required
	Rehabilitation services	Outpatient: \$20 / visit, deductible does not apply. Inpatient: 20% coinsurance	Not covered	Combined with Habilitation services : Inpatient: preauthorization required or will not be covered.
	Habilitation services	Outpatient: \$20 / visit, deductible does not apply. Inpatient: 20% coinsurance	Not covered	Combined with Rehabilitation services : Inpatient: preauthorization required or will not be covered.
	Skilled nursing care	20% coinsurance	Not covered	100-day limit / year. Preauthorization required

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Network Provider (You will pay the least)	Non-Network Provider (You will pay the most)	
	Durable medical equipment	20% coinsurance , deductible does not apply.	Not covered	Subject to formulary guidelines. Preauthorization required
	Hospice services	No charge, deductible does not apply.	Not covered	Preauthorization required
If your child needs dental or eye care	Children's eye exam	\$20 / visit for refractive exam, deductible does not apply.	Not covered	Limited to 1 exam / 12 months
	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 glasses - Cosmetic surgery	- Dental care (Adult and child) - Long-term care - Non-emergency care when traveling outside the U.S.	- Private-duty nursing - 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 (12 visit limit / year) - Chiropractic care (10 visit limit / year)	- Hearing aids (1 aid / ear / 36 months) - Infertility treatment	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	1-888-901-4636 (TTY: 711) or www.kp.org
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
Washington Department of Insurance	1-800-562-6900 or www.insurance.wa.gov

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 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Pennsylvania Dutch (Deutsch): Fer Hilf griege in Deutsch, ruf 1-888-901-4636 (TTY: 711) uff.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Samoan (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Carolinian (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Chamorro (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, a'gang 1-888-901-4636 (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 (blood work) copayment	\$10

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:

Cost Sharing

Deductibles	\$250
Copayments	\$90
Coinsurance	\$2,200

What isn't covered

Limits or exclusions	\$20
----------------------	------

The total Peg would pay is	\$2,560
-----------------------------------	----------------

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 (blood work) copayment	\$10

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:

Cost Sharing

Deductibles	\$0
Copayments	\$800
Coinsurance	\$0

What isn't covered

Limits or exclusions	\$0
----------------------	-----

The total Joe would pay is	\$800
-----------------------------------	--------------

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 (x-ray) copayment	\$10

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:

Cost Sharing

Deductibles	\$250
Copayments	\$300
Coinsurance	\$200

What isn't covered

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.



Acerca de estos ejemplos de cobertura:

Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) puede cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención que reciba, los cargos de sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de [costos compartidos](#) (deducibles, copagos y [coaseguro](#)) y los [servicios excluidos](#) de acuerdo con el [plan](#). Use esta información para comparar la porción de los costos que usted pagaría según diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura están basados en la cobertura individual personal.

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

- El [deducible](#) general del [plan](#)
- [Copago](#) para consulta con especialista \$30
- [Coaseguro](#) hospitalario (instalaciones) 20 %
- [Copago](#) para otros servicios (análisis de sangre) \$10

Este evento de EJMPLO incluye servicios como los siguientes:
Visitas a consultorios de especialistas (atención prenatal)
Servicios profesionales de parto/nacimiento
Servicios de instalaciones para el parto/nacimiento
Pruebas de diagnóstico (ultrasonidos y análisis de sangre)
Visita a un especialista (anestesia)

Costo total del ejemplo	\$12,700
En este ejemplo, Peg pagaría:	
Costos compartidos	
Deducibles	\$250
Copagos	\$90
Coaseguro	\$2,200
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Peg pagaría es	\$2,560

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina dentro de la red de una afección bien controlada)

- El [deducible](#) general del [plan](#)
- [Copago](#) para consulta con especialista \$30
- [Coaseguro](#) hospitalario (instalaciones) 20 %
- [Copago](#) para otros servicios (análisis de sangre) \$10

Este evento de EJMPLO incluye servicios como los siguientes:
Visitas al consultorio del médico de atención primaria (incluida la educación sobre enfermedades)
Pruebas de diagnóstico (análisis de sangre)
Medicamentos de receta
Equipo médico duradero (medidor de glucosa)

Costo total del ejemplo	\$5,600
En este ejemplo, Joe pagaría:	
Costos compartidos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$800
Coaseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$800

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

- El [deducible](#) general del [plan](#)
- [Copago](#) para consulta con especialista \$30
- [Coaseguro](#) hospitalario (instalaciones) 20 %
- [Copago](#) para otros servicios (radiografías) \$10

Este evento de EJMPLO incluye servicios como los siguientes:
Atención en la sala de emergencias (incluidos los suministros médicos)
Pruebas de diagnóstico (radiografías)
Equipo médico duradero (muletas)
Servicios de rehabilitación (fisioterapia)

Costo total del ejemplo	\$2,800
En este ejemplo, Mia pagaría:	
Costos compartidos	
Deducibles	\$250
Copagos	\$300
Coaseguro	\$200
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$750

El [plan](#) sería responsable de cubrir los costos adicionales de este EJMPLO de servicios cubiertos.

Su derecho a una cobertura continua: Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar su cobertura luego de que esta se termine. La información de contacto de dichas agencias se muestra en el cuadro a continuación. También pueden estar disponibles otras opciones de cobertura para usted, lo que incluye la compra de una cobertura de seguro individual a través del mercado de [seguro de salud](#). Para más información sobre el mercado, visite [www.HealthCare.gov](#) o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Existen agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja sobre su plan por el rechazo de un reclamo. Esta queja se llama reclamación o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para tal reclamo médico. Los documentos del plan también brindan información detallada sobre cómo presentar un reclamo, apelación o reclamación a su plan por cualquier razón. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese con las agencias indicadas en el cuadro a continuación.

Información de contacto para cuestiones relacionadas con sus derechos para continuar la cobertura y sus derechos a presentar un reclamo y una apelación:

Kaiser Permanente Member Services	1-888-901-4636 (TTY: 711) o www.kp.org
Department of Labor's Employee Benefits Security Administration	1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform
Department of Health & Human Services, Center for Consumer Information & Insurance Oversight	1-877-267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov
Washington Department of Insurance	1-800-562-6900 o www.insurance.wa.gov

?Este plan proporciona la Cobertura Esencial Mínima? Si

Por lo general, la Cobertura Esencial Mínima incluye [planes, seguros de salud](#) disponibles a través del [mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y algunas otras coberturas. Si es elegible para ciertos tipos de Cobertura Esencial Mínima, es posible que no sea elegible para el [crédito fiscal por tarifas](#).

?Este plan satisface el Estándar de Valor Mínimo? Si

Si su plan no cumple con el Estándar de Valor Mínimo, usted puede ser elegible para recibir un crédito fiscal por la tarifa para ayudarlo a pagar un plan a través del mercado.

Servicios en otros idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-888-901-4636 (TTY: 711).
Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-888-901-4636 (TTY: 711).
Navajo (Dine): Dinekehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiiligo holne' 1-888-901-4636 (TTY: 711).
Pennsylvania Dutch (Deutsch): Fer Hilf griege in Deutsch, ruf 1-888-901-4636 (TTY: 711) uff.
Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-901-4636 (TTY: 711).
Samoaan (Gagana Samoa): Mo se fesasoasoi i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-888-901-4636 (TTY: 711).
Carolinian (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut allilis reel kapasal Falawasch au fataing! tiliifon ye 1-888-901-4636 (TTY: 711).
Chamorro (Chamoru): Para un ma ayuda gi tinu Chamoru, a'gang 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) cubriría los costos en una situación médica hipotética, consulte la siguiente sección.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:	
Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte su póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de cualquier otro servicio excluido).	• Cirugía bariátrica • Anteojos para niños • Cirugía estética • Servicios odontológicos (adultos y niños) • Enfermera privada • Atención a largo plazo • Atención que no sea de emergencia cuando viaje fuera de los EE. UU.
Otros servicios cubiertos (algunas limitaciones pueden aplicar para estos servicios. Esta no es una lista exhaustiva. Revise su documento del plan.)	
• Acupuntura (12 visitas por año) • Audífonos (\$1 por oído por 36 meses) • Servicios oftalmológicos de rutina (adultos) • Atención quiropráctica (límite de 10 visitas por año) • Tratamiento de infertilidad	

Eventos médicos comunes	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otras informaciones importantes
		Proveedor de la red (Pagará el monto mínimo)	Proveedor que no pertenece a la red (Pagará el monto máximo)	
				gastos compartidos de servicios para recién nacidos se consideraran por separado de los de la madre.
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales	Atención a la salud en el hogar	Sin cargo. No se aplica el deducible.	No se ofrece cobertura	Límite de 130 visitas por año. Requiere una autorización previa
	Servicios de rehabilitación	Pacientes ambulatorios: \$20 deducible. por visita, no se aplica el deducible. Pacientes hospitalizados: 20 % de coaseguro	No se ofrece cobertura	En conjunto con los servicios de recuperación de las habilidades. Pacientes hospitalizados: se necesita una autorización previa o no tendrá cobertura.
	Servicios de recuperación de las habilidades	Pacientes ambulatorios: \$20 por visita, no se aplica el deducible. Pacientes hospitalizados: 20 % de coaseguro	No se ofrece cobertura	En conjunto con los servicios de rehabilitación . Pacientes hospitalizados: se necesita una autorización previa o no tendrá cobertura.
	Atención de enfermería especializada	20 % de coaseguro	No se ofrece cobertura	Límite de 100 días por año. Requiere una autorización previa
	Equipo médico duradero	20 % de coaseguro; no se aplica el deducible.	No se ofrece cobertura	Sujeto a las pautas del formulario. Requiere una autorización previa
	Servicios de hospicio	Sin cargo. No se aplica el deducible.	No se ofrece cobertura	Requiere una autorización previa
	Examen de la vista para niños	\$20 por visita para exámenes de refracción, no se aplica el deducible.	No se ofrece cobertura	Un examen cada 12 meses
Si su niño necesita servicios odontológicos u oftalmológicos	Anteosjos para niños	No se ofrece cobertura	No se ofrece cobertura	Ninguna
	Consulta odontológica de rutina para niños	No se ofrece cobertura	No se ofrece cobertura	Ninguna

Eventos médicos comunes	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otras informaciones importantes
		Proveedor de la red (Pagará el monto mínimo)	Proveedor que no pertenece a la red (Pagará el monto máximo)		
Si tiene una cirugía ambulatoria	Tarifa del establecimiento (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20 % de coaseguro	No se ofrece cobertura	Ninguna	
	Tarifas del médico/cirujano	20 % de coaseguro	No se ofrece cobertura	Ninguna	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	20 % de coaseguro	20 % de coaseguro	Debe notificar a Kaiser Permanente dentro de las 24 horas si es admitido a un proveedor que no pertenece a la red; limitado a una emergencia inicial solamente.	Se cubre a los proveedores que <u>no pertenecen a la red</u> cuando esté temporalmente fuera del área de servicio.
	Traslado por emergencia médica	\$150 por viaje	\$150 por viaje	Ninguna	
	Atención de urgencia	\$20 por visita, no se aplica el deducible.	20 % de coaseguro		
	Tarifa del establecimiento (p. ej., habitación de hospital)	20 % de coaseguro	No se ofrece cobertura	Requiere una <u>autorización previa</u>	
Si es hospitalizado	Tarifas del médico/cirujano	20 % de coaseguro	No se ofrece cobertura	Requiere una <u>autorización previa</u>	
	Servicios para pacientes ambulatorios	\$20 por visita, no se aplica el deducible.	No se ofrece cobertura	Ninguna	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o sustancias	Servicios para pacientes hospitalizados	20 % de coaseguro	No se ofrece cobertura	Requiere una <u>autorización previa</u>	
	Visitas al consultorio	20 % de <u>coaseguro</u>	No se ofrece cobertura	El costo compartido no se aplica a ciertos <u>servicios preventivos</u> . La atención de <u>maternidad</u> puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC (como un ultrasonido).	Debe notificar a Kaiser Permanente dentro de las primeras 24 horas luego de la admisión o tan pronto como sea médicamente posible. Los nacidos se consideraran por separado de los de la madre.
Si está embarazada	Servicios profesionales de parto/nacimiento	20 % de coaseguro	No se ofrece cobertura	Debe notificar a Kaiser Permanente dentro de las primeras 24 horas luego de la admisión o <u>costos compartidos</u> de servicios para recién nacidos se consideraran por separado de los de la madre.	Debe notificar a Kaiser Permanente dentro de las primeras 24 horas luego de la admisión o tan pronto como sea médicamente posible. Los
	Servicios de instalaciones para el parto/nacimiento	20 % de coaseguro	No se ofrece cobertura		



Todos los costos de [copago](#) y [coaseguro](#) que se muestran en este cuadro aplican luego de alcanzar su [deducible](#), en caso de que aplique el mismo.

Eventos médicos comunes	Servicios que puede necesitar		Proveedor de la red (Pagará el monto mínimo)		Proveedor que no pertenece a la red (Pagará el monto máximo)	Limitaciones, excepciones y otras informaciones importantes
	Lo que usted pagará					
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención a la salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o una enfermedad	\$20 por visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	No se ofrece cobertura	Ninguna	Ninguna	Es posible que tenga que pagar por los servicios no preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique qué pagará su plan.
	Visita a un <u>especialista</u>	\$30 por visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	No se ofrece cobertura	Ninguna	Ninguna	
	<u>Atención preventiva/exámenes de detección</u> /vacunación	Sin cargo. No se aplica el <u>deducible</u> .	No se ofrece cobertura	Ninguna	Ninguna	
	<u>Pruebas de diagnóstico</u> (radiografías y análisis de sangre)	\$10 por visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	No se ofrece cobertura	Ninguna	Ninguna	
Si se somete a una prueba	Diagnóstico por imagenología (tomografía computarizada [TC], tomografía por emisión de positrones [TEP], resonancia magnética [RM])	\$50 por visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	No se ofrece cobertura	Requiere una <u>autorización previa</u>		
	Medicamentos genéricos	\$10 (al detal); \$20 (pedido por correo)/ <u>medicamento de receta</u> , no se aplica el <u>deducible</u> .	No se ofrece cobertura	Hasta un suministro de 90 días (al detal/pedido por correo). Los anticonceptivos son sin cargo. Sujeto a las pautas del <u>formulario</u> .		
	Medicamentos de marca	\$30 (al detal); \$60 (pedido por correo)/ <u>medicamento de receta</u> , no se aplica el <u>deducible</u> .	No se ofrece cobertura	Hasta un suministro de 90 días (al detal/pedido por correo). Sujeto a las pautas del <u>formulario</u> .		
	Medicamentos no preferidos	Se aplican <u>costos compartidos</u> a medicamentos genéricos preferidos o medicamentos de marca preferidos que correspondan.	No se ofrece cobertura	Hasta un suministro de 90 días (al detal/pedido por correo). Sujeto a las pautas del <u>formulario</u> , cuando se aprueba mediante un proceso de excepción.		
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección	Medicamentos de marca	\$30 (al detal); \$60 (pedido por correo)/ <u>medicamento de receta</u> , no se aplica el <u>deducible</u> .	No se ofrece cobertura	Hasta un suministro de 30 días (al detal). Sujeto a las pautas del <u>formulario</u> .		
	Medicamentos no preferidos	Se aplican <u>costos compartidos</u> a medicamentos genéricos preferidos o medicamentos de marca preferidos que correspondan.	No se ofrece cobertura	Hasta un suministro de 30 días (al detal). Sujeto a las pautas del <u>formulario</u> , cuando se aprueba mediante un proceso de excepción.		
	<u>Medicamentos especializados</u>	20 % de <u>coaseguro</u> hasta \$250 (al detal)/ <u>medicamento de receta</u> , no se aplica el <u>deducible</u> .	No se ofrece cobertura	Hasta un suministro de 30 días (al detal). Sujeto a las pautas del <u>formulario</u> , cuando se aprueba mediante un proceso de excepción.		



El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) lo ayudará a escoger un plan de salud. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios de atención a la salud cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamado **tarifa**) será proporcionado por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de la lista completa de los términos de cobertura, consulte www.kp.org/plandocuments o llame al 1-888-901-4636 (TTY: 711). Para conocer las definiciones generales de los términos comunes, como monto permitido, facturación de saldos, coseguro, copago, [deducible](#), proveedor u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede consultar el Glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar al 1-888-901-4636 (TTY: 711) para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	? Por qué es importante?
?Cuál es el deducible general?	Individual \$250/familiar \$500	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar el monto deducible antes de que este plan comience a pagar. Si usted tiene a otros miembros de su familia en el plan, cada miembro de la familia debe alcanzar su propio deducible individual, hasta que el monto total de los gastos deducibles pagados por todos los miembros de la familia alcance el deducible familiar total.
?Hay servicios cubiertos antes de que usted alcance su deducible?	Si. La atención preventiva y los servicios se indican en la tabla a partir de la página 2.	Este plan cubre algunos artículos y servicios, aun cuando usted no haya alcanzado el monto deducible . Sin embargo un copago o un coseguro podría aplicar. 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 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 desembolso para este plan?	Individual \$3,000/familiar \$6,000	El límite de desembolso es la suma más alta que podría pagar en un año de servicios cubiertos. Si usted tiene a otros miembros de su familia en este plan, ellos deben alcanzar sus propios límites de desembolso hasta que el límite total de desembolso familiar se haya alcanzado.
?Cuáles son los gastos que no se incluyen en el límite de desembolso?	Tarifas, cargos por facturación de saldo, servicios de atención a la salud que este plan no cubre y servicios indicados en el cuadro que comienza en la página 2.	A pesar de que usted paga por estos gastos, estos no se toman en cuenta para alcanzar el límite de desembolso .
?Pagará menos si usa un proveedor de la red?	Si. Visite www.kp.org o llame al 1-888-901-4636 (TTY: 711) para obtener una lista de los proveedores de la red.	Este plan utiliza una red de proveedores. Usted pagará menos si utiliza un proveedor dentro de la red del plan. Usted pagará más si utiliza un proveedor fuera de la red y, posiblemente, reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldos). Tenga en cuenta que su proveedor de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Verifique con su proveedor antes de obtener algún servicio.
?Necesita una referencia para ver a un especialista?	Si, pero usted puede dirigirse a ciertos especialistas.	Este plan pagará una porción o la totalidad del costo de los servicios cubiertos de un especialista siempre y cuando usted tenga una referencia antes de visitar al especialista.