

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



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un plan médico. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamada prima) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, consulte www.kp.org/plandocuments o llame al 1-855-249-5018 (TTY: 711). Para una definición de los términos de uso común, como monto permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos delineados consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en www.HealthCare.gov/sbc-glossary o llamar al 1-855-249-5018 (TTY: 711) para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	\$0	Consulte la tabla de Eventos médicos comunes a continuación para ver los costos de los servicios que cubre este plan.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible?	No se aplica.	Este plan cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del deducible. Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro. Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que cumpla con su deducible. Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	No tiene que pagar un deducible por servicios específicos.
¿Cuál es el desembolso máximo de este plan?	\$1,300 por individuo / \$3,600 por familia	El desembolso máximo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en el plan, cada uno debe alcanzar su propio desembolso máximo hasta alcanzar el desembolso máximo general de la familia.
¿Qué no incluye el desembolso máximo?	Primas, atención médica que no cubre este plan, y los servicios que se indican en la tabla que comienza en la página 2.	Aunque usted pague estos gastos, no cuenta para el desembolso máximo.
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red?	Sí. Vea www.kp.org o llame al 1-855-249-5018 (TTY: 711) para una lista de proveedores dentro 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.
¿Necesita un referido para ver a un especialista?	Sí, pero puede autorreferirse a ciertos especialistas.	Este plan paga algunos o todos los costos de acudir a un especialista por servicios cubiertos, pero solo si tiene una remisión antes de acudir al especialista.



Todos los costos de copago y coseguro que se indican en esta tabla son después de que se haya alcanzado el deducible, si aplica un deducible.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga Proveedor del plan (Usted pagará lo mínimo)	Lo que usted paga Proveedor fuera del plan (Usted pagará lo máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$10 por visita	No está cubierto	Ninguna
	Visita al <u>especialista</u>	\$10 por visita	No está cubierto	Ninguna
	<u>Atención preventiva/examen colectivo/vacuna</u>	Sin costo	No está cubierto	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	<u>Prueba diagnóstica</u> (radiografía, análisis de sangre)	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información disponible acerca de la <u>cobertura de medicamentos con receta</u> en www.kp.org/formulary	Mayoría de los medicamentos genéricos (Clase 1)	\$7 por receta médica en farmacia del plan y en pedido por correo. \$10 por receta médica en farmacia participante.	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días; hasta un suministro de 90 días por 2 copagos. Sin cargo por medicamentos preventivos, anticonceptivos o medicamentos de quimioterapia oral. 50% de coseguro para los medicamentos de disfunción sexual, se limita a 8 dosis por mes.
	Mayoría de los medicamentos de marcas preferidas (Clase 2)	\$15 por receta médica en farmacia del plan y en pedido por correo. \$20 por receta médica en farmacia participante.	No está cubierto	
	Medicamentos de marcas no preferidas (Clase 3)	\$30 por receta médica en farmacia del plan y en pedido por correo. \$35 por receta médica en farmacia participante.	No está cubierto	
	<u>Medicamentos especializados</u> (Clase 4)	Se aplican los copagos correspondientes a los medicamentos genéricos, de marcas preferidas o no preferidas	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días; hasta un suministro de 90 días por 2 copagos. Sin cargo por medicamentos de quimioterapia oral. 50% de coseguro para los medicamentos de disfunción sexual, se limita a 8 dosis por mes.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga Proveedor del plan (Usted pagará lo mínimo)	Lo que usted paga Proveedor fuera del plan (Usted pagará lo máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$25 por visita	No está cubierto	Ninguna
	Honorarios del médico/cirujano	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	\$50 por visita	\$50 por visita	No se aplica si ingresó como paciente interno
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	Sin costo	Sin costo	Ninguna
	<u>Atención de urgencia</u>	\$15 por visita	No está cubierto	Los proveedores fuera del plan están cubiertos cuando usted se encuentra fuera del área de servicio: \$15 por visita
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
	Honorarios del médico/cirujano	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	\$10 por visita individual. \$5 por visita grupal.	No está cubierto	Salud mental y conductual: las pruebas psicológicas y neuropsicológicas de habilidades, aptitudes, inteligencia o intereses no tienen cobertura; toxicomanías: ninguna
	Servicios internos	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin costo	No está cubierto	Se pueden aplicar copagos, coseguros o deducibles según el tipo de servicio. Los cuidados de maternidad podrían incluir las pruebas y los servicios que se describen en otras partes del SBC (por ejemplo, ultrasonido)
	Servicios de parto profesionales	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	Sin costo	No está cubierto	Ninguna

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga Proveedor del plan (Usted pagará lo mínimo)	Lo que usted paga Proveedor fuera del plan (Usted pagará lo máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	<u>Cuidado de la salud en el hogar</u>	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	\$10 por visita	No está cubierto	Paciente externo: límite de 30 visitas para fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla; por año, por lesión, incidente o afección
	<u>Servicios de habilitación</u>	\$10 por visita	No está cubierto	Ninguna
	<u>Cuidado de enfermería especializada</u>	Sin costo	No está cubierto	La cobertura se limita a 100 días por año
	<u>Equipo médico duradero</u>	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
	<u>Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</u>	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	\$10 por visita	No está cubierto	Ninguna
	Anteojos para niño	Sin costo	No está cubierto	Un par de anteojos por año, limitado a anteojos monofocales o bifocales o la primera compra de lentes de contacto por año, o 2 pares de lentes de contacto, por ojo, por año necesarios por motivos médicos (de armazones y lentes seleccionados)
	Chequeo dental pediátrico	No está cubierto	No está cubierto	No hay cobertura de atención dental

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros servicios excluidos.)		
<ul style="list-style-type: none"> Atención dental (adultos) Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de EE.UU. 	<ul style="list-style-type: none"> Cirugía estética Cuidados a largo plazo 	<ul style="list-style-type: none"> Cuidado de los pies de rutina 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).		
<ul style="list-style-type: none"> Acupuntura (se limita a 20 visitas por año) Atención quiropráctica (se limita a 20 visitas por año) Cirugía bariátrica 	<ul style="list-style-type: none"> Audífonos (1 por oído cada 36 meses. Después del final del mes en el que cumple 19 años, hay beneficio máximo de \$1,000) Cuidado de los ojos de rutina (adultos) 	<ul style="list-style-type: none"> Programas para perder peso Tratamiento para la infertilidad (Fecundación in Vitro (IVF): 3 intentos por nacimiento con vida con beneficio máximo por vida de \$100,000)

Sus derechos a continuar con su cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias se muestra en la siguiente tabla. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguro Médico. Para más información acerca del Mercado, visite www.CuidadoDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por negarle una reclamación. Esta queja se llama reclamo o apelación. Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este reclamo médico. Sus documentos del plan también incluirán información completa sobre cómo presentar un reclamo, apelación, o una queja a su plan por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con las agencias 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:

Servicios a los miembros de Kaiser Permanente	1-855-249-5018 (TTY: 711) o en www.kp.org/memberservices
Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos	1-866-444-EBSA (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.cciio.cms.gov
Departamento de seguros de Maryland	1-877-261-8807 o www.insurance.maryland.gov

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

La Cobertura Esencial Mínima generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles a través del Mercado u otras pólizas del mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, y ciertas otras coberturas. Si es elegible para ciertos tipos de Cobertura Esencial Mínima, es posible que no sea elegible para el crédito fiscal de primas.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí

Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, usted podría calificar para un crédito fiscal para las primas para ayudarle a pagar un plan a través del Mercado.

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, kwijigo holne' 1-855-249-5018 (TTY: 711)

—————Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.—————

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Esto no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este plan podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Preste atención a los montos del costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y a los servicios excluidos del plan. Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros planes médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada

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

- El deducible general del plan \$0
- Copago para el especialista \$10
- Copago del hospital (instalaciones) \$0
- Otro copago (análisis de sangre) \$0

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al especialista (*atención prenatal*)
 Servicios de parto profesionales
 Servicios de instalaciones de partos profesionales
 Pruebas diagnósticas (*sonogramas y análisis de sangre*)
 Visita al especialista (*anestesia*)

Costo total del ejemplo	\$12,700
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
-------------------------	--

Deducibles	\$0
Copagos	\$100
Coseguro	\$0

Lo que no está cubierto	
--------------------------------	--

Limitaciones o exclusiones	\$60
----------------------------	------

El total que Peg pagaría es	\$70
------------------------------------	-------------

El plan sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

- El deducible general del plan \$0
- Copago para el especialista \$10
- Copago del hospital (instalaciones) \$0
- Otro copago (análisis de sangre) \$0

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico primario (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)
 Pruebas diagnósticas (análisis de sangre)
 Medicamentos por recetas
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Costo total del ejemplo	\$5,600
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
-------------------------	--

Deducibles	\$0
Copagos	\$300
Coseguro	\$0

Lo que no está cubierto	
--------------------------------	--

Limitaciones o exclusiones	\$0
----------------------------	-----

El total que Joe pagaría es	\$300
------------------------------------	--------------

El plan sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.

Fractura simple de Mia

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

- El deducible general del plan \$0
- Copago para el especialista \$10
- Copago del hospital (instalaciones) \$0
- Otro copago (radiografía) \$0

Este EJEMPLO incluye servicios como:

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

Costo total del ejemplo	\$2,800
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
-------------------------	--

Deducibles	\$0
Copagos	\$100
Coseguro	\$0

Lo que no está cubierto	
--------------------------------	--

Limitaciones o exclusiones	\$0
----------------------------	-----

El total que Mia pagaría es	\$100
------------------------------------	--------------

El plan sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.

NONDISCRIMINATION NOTICE

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc. (Kaiser Health Plan) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Kaiser Health Plan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex. We also:

- Provide no cost 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, and accessible electronic formats
- Provide 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 **1-800-777-7902** (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, age, disability, or sex, you can file a grievance by mail or phone at: Kaiser Permanente, Appeals and Correspondence Department, Attn: Kaiser Civil Rights Coordinator, 2101 East Jefferson St., Rockville, MD 20852, telephone number: 1-800-777-7902.

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, 1-800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at <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) ማሰታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል፡ 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 **117** (TTY : **1-800-777-7902**)

Bàsòò Wùdù (Bassa) Dè dɛ nià kɛ dyédé gbo: ɔ jù ké m̀ Bàsòò-wùdù-po-nyò jù ní, níí, à wuɖu kà kò dò po-poò béìn m̀ gbo kpáa. Ɖá **1-800-777-7902** (TTY: 711)

বাংলা (Bengali) লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নি:খরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন **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).

ગુજરાતી (Gujarati) સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન 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 दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **1-800-777-7902** (TTY: 711) पर कॉल करें।

Igbo (Igbo) NRỤBAMA: Ọ bụrụ na ị na asụ Igbo, ọrụ enyemaka asụsụ, n'efu, dijiri gi. 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 yánífti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiiik'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: ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร **1-800-777-7902** (TTY: 711).

اردو (Urdu) خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں **1-800-777-7902** (TTY :).117

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).