



Éste es solo un resumen. Si desea más información sobre la cobertura y los precios, puede obtener los documentos del plan o términos de la póliza en www.kp.org o si llama al **503-813-2000** o al **1-800-813-2000**.

| Preguntas importantes | Respuestas | ¿Por qué es importante? |
|--|--|--|
| ¿Qué es el deducible general? | \$500 por individuo / \$1,500 por familia. No se aplica a los servicios de atención preventiva. | Usted debe pagar todos los costos hasta el monto del deducible , antes de que el plan comience a pagar por los servicios cubiertos. Consulte su póliza para averiguar cuándo tiene que pagar nuevamente el deducible (por lo general, pero no siempre, el 1 de enero). Fíjese en el cuadro de la página 2 para averiguar cuánto debe pagar usted por los servicios cubiertos después de haber pagado el deducible . |
| ¿Hay otros deducibles para servicios específicos? | No. | Usted no tiene que pagar deducibles para servicios específicos, pero debe consultar el cuadro que comienza en la página 2 para obtener los precios de otros servicios cubiertos por el plan. |
| ¿Hay un límite para los gastos de mi bolsillo ? | Sí. \$2,000 por individuo / \$6,000 por familia. | El límite para los gastos del bolsillo es la cantidad máxima que usted pagará por los servicios cubiertos durante el período de cobertura. Este límite le permite planificar sus gastos médicos. |
| ¿Cuáles son las expensas que no cuentan para el límite de gastos del bolsillo ? | Las primas, los cargos de saldo-facturados y atención de la salud de este plan no cubre. | Si bien usted paga estos costos, los mismos no se tendrán en cuenta para el límite de gastos del bolsillo . |
| ¿Hay un límite anual general para lo que paga el plan? | No. | El cuadro que comienza en la página 2 describe los límites de cobertura del plan para servicios <i>específicos</i> , como los límites al número de visitas médicas. |
| ¿Tiene este plan una red de proveedores ? | Sí. Visite www.kp.org o llame al 503-813-2000 o al 1-800-813-2000 para obtener una lista de los proveedores participantes. | Si usted se atiende con médicos y proveedores de la red, el plan pagará muchos o todos los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que su médico u hospital de la red, podría usar algún proveedor que no pertenezca a la red para algunos servicios. Los planes usan términos como perteneciente a la red , preferido o participante para referirse a los proveedores de la red del plan. Consulte el cuadro que comienza en la página 2 para averiguar cómo le paga este plan a sus distintos proveedores . |
| ¿Necesito un referido ? | Sí. Se requiere la aprobación por | Este plan pagará algunos o todos los costos de los servicios cubiertos de un especialista, |

_(10/14)

Preguntas: Llame al **503-813-2000** o al **1-800-813-2000** o visite www.kp.org.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf

o llame al **503-813-2000** o al **1-800-813-2000** y pida una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | ¿Por qué es importante? |
|--|---|--|
| para ver un especialista ? | escrito para ver la mayoría de los especialistas. | solamente si usted tiene la autorización del plan para consultar al especialista si usted tiene la autorización del plan para consultar al especialista. |
| ¿Hay algún servicio(s) que el plan no cubra? | Sí. | Algunos servicios que este plan no cubre se mencionan en la página 6. Para averiguar cuáles son los servicios excluidos , vea los documentos del plan o póliza. |



- **Copago** es una cantidad fija (por ejemplo \$15) que usted paga por los servicios médicos cubiertos, generalmente al momento de recibirlos.
- **Coseguro** es la parte que le corresponde pagar a *usted* por un servicio cubierto, que es un porcentaje de la **cantidad aprobada** para dicho servicio. Por ejemplo, si la **cantidad aprobada** por el plan para pasar la noche en el hospital es \$1,000, su coseguro será el 20% de esa cantidad o sea \$200. Esta cantidad puede cambiar si usted aún no ha pagado el **deducible**.
- El pago del plan por los servicios cubiertos está basado en la **cantidad aprobada**. Si un **proveedor** fuera de la red (que no pertenece a la red del plan) le cobra más de la **cantidad aprobada**, usted tendrá que pagar la diferencia. Por ejemplo, en un hospital que no pertenece a la red le cobran por pasar la noche internado \$1,500 la **cantidad aprobada** es \$1,000, usted tendrá que pagar la diferencia de \$500 (conocida como **saldo de facturación**.)
- El plan puede animarlo a que use **proveedores participantes** al cobrándole **deducibles**, **copagos** o **coseguro** más bajos.

| Eventos médicos comunes | Los servicios que podría necesitar | Sus costos si usted usa proveedores participantes | Sus costos si usted usa proveedores no participantes | Limitaciones y excepciones |
|--|---|---|--|---|
| Si se atiende en la clínica o consultorio del proveedor médico | Consulta con su médico principal para tratar una condición o herida | \$20 por visita | Sin cobertura | Si usted recibe servicios, además de una visita al consultorio, se pueden aplicar copagos adicionales y coseguro. |
| | Consulta con un especialista | 20% de coseguro después del deducible | Sin cobertura | Si usted recibe servicios, además de una visita al consultorio, se pueden aplicar copagos adicionales y coseguro. |
| | Consulta con otro proveedor de la salud | 20% coseguro después del deducible por cuidado alternativo por remisión | Sin cobertura | La acupuntura se limita a 12 visitas por año calendario. Se requiere autorización previa. Si usted recibe |

_(10/14)

Preguntas: Llame al 503-813-2000 o al 1-800-813-2000 o visite www.kp.org.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf o llame al 503-813-2000 o al 1-800-813-2000 y pida una copia.

| Eventos médicos comunes | Los servicios que podría necesitar | Sus costos si usted usa proveedores participantes | Sus costos si usted usa proveedores no participantes | Limitaciones y excepciones |
|---|--|--|--|---|
| | | de su médico | | servicios, además de una visita al consultorio, se pueden aplicar copagos adicionales y coseguro. |
| | Servicios preventivos/evaluaciones/vacunas | Sin costo | Sin cobertura | ————— ninguna ————— |
| Si tiene que hacerse un examen | Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre) | \$10 por visita a departamento | Sin cobertura | ————— ninguna ————— |
| | Imágenes (CT/PET scan, MRI) | \$10 por visita a departamento | Sin cobertura | Es posible que algunos servicios requieran autorización previa. |
| Si necesita un medicamento Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados visite www.kp.org/formulary | Medicamentos genéricos | \$15 por receta en la farmacia de KP/\$30 por receta | Sin cobertura | Suministro para hasta 30 días (menudeo); suministro para 31 a 90 días (orden por correo). |
| | Medicamentos de marca preferidos | \$30 por receta en la farmacia de KP/\$60 por receta | Sin cobertura | |
| | Medicamentos de marca no preferidos | \$30 por receta en la farmacia de KP/\$60 por receta | Sin cobertura | Suministro para hasta 30 días (menudeo); para 31 a 90 días (orden por correo) |
| | Medicamentos especiales | \$30 por receta en la farmacia de KP/\$30 por receta | Sin cobertura | Suministro de hasta 30 días (orden al por menor o por correo). |
| Si le hacen una cirugía ambulatoria | Arancel del centro (clínica) | 20% de coseguro después del deducible | Sin cobertura | ————— ninguna ————— |
| | Tarifa del médico/cirujano | 20% de coseguro después del deducible | Sin cobertura | ————— ninguna ————— |

_(10/14)

Preguntas: Llame al 503-813-2000 o al 1-800-813-2000 o visite www.kp.org.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf

o llame al 503-813-2000 o al 1-800-813-2000 y pida una copia.

| Eventos médicos comunes | Los servicios que podría necesitar | Sus costos si usted usa proveedores participantes | Sus costos si usted usa proveedores no participantes | Limitaciones y excepciones |
|---|--|---|--|---|
| Si necesita atención inmediata | Servicios de la sala de emergencias | 20% de coseguro después del deducible | | ————— ninguna ————— |
| | Traslado médico de emergencia | 20% de coseguro después del deducible | | ————— ninguna ————— |
| | Cuidado urgente | \$20 por visita | | Se cubre la atención de urgencia de un proveedor no participante sólo si usted se encuentra fuera de nuestra área de servicio temporalmente. |
| Si lo admiten al hospital | Arancel del hospital (habitación) | 20% de coseguro después del deducible | Sin cobertura | Se requiere autorización previa. |
| | Tarifa del médico/cirujano | 20% de coseguro después del deducible | Sin cobertura | ————— ninguna ————— |
| Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias | Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta | \$20 por visita | Sin cobertura | Si usted recibe servicios, además de una visita al consultorio, se pueden aplicar copagos adicionales y coseguro. |
| | Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados | 20% de coseguro después del deducible | Sin cobertura | Se requiere autorización previa. |
| | Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias | \$20 por visita | Sin cobertura | Si usted recibe servicios, además de una visita al consultorio, se pueden aplicar copagos adicionales y coseguro. |
| | Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados | 20% de coseguro después del deducible | Sin cobertura | Se requiere autorización previa. |
| Si está embarazada | Cuidados prenatales y post parto | Sin costo | Sin cobertura | Después de la confirmación del embarazo, para la serie normal de las visitas de rutina regulares. Si usted recibe servicios, además de una visita al consultorio, se pueden aplicar |

_(10/14)

Preguntas: Llame al **503-813-2000** o al **1-800-813-2000** o visite **www.kp.org**.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en **www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf**

o llame al **503-813-2000** o al **1-800-813-2000** y pida una copia.

| Eventos médicos comunes | Los servicios que podría necesitar | Sus costos si usted usa proveedores participantes | Sus costos si usted usa proveedores no participantes | Limitaciones y excepciones |
|---|--|---|--|--|
| | | | | copagos adicionales y coseguro. |
| | Parto y todos los servicios de internación | 20% de coseguro después del deducible | Sin cobertura | -----ninguna----- |
| Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales | Cuidado de la salud en el hogar | 20% de coseguro después del deducible | Sin cobertura | La cobertura se limita a 130 visitas por año. Se requiere autorización previa. |
| | Servicios de rehabilitación | Paciente externo: 20% coseguro después del deducible/ Paciente interno: 20% de coseguro después del deducible | Sin cobertura | La cobertura se limita a 30 visitas por terapia por año. Se requiere autorización previa. |
| | Servicios de recuperación de las habilidades | | | Limitado a los trastornos del neurodesarrollo en la primera infancia. Se aplican límites de rehabilitación. Se requiere autorización previa. |
| | Cuidado de enfermería especializado | 20% de coseguro después del deducible | Sin cobertura | La cobertura se limita a 100 días por año. Se requiere autorización previa. |
| | Equipo médico duradero | 20% de coseguro después del deducible | Sin cobertura | La cobertura se limita a los temas de nuestro formulario de DME. Se requiere autorización previa. |
| | Cuidado de hospicio | Sin costo | Sin cobertura | Se requiere autorización previa. |
| Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista | Examen de la vista | \$20 por visita | Sin cobertura | Para los miembros de hasta 19 años. |
| | Anteojos | Sin cobertura | Sin cobertura | -----ninguna----- |
| | Consulta dental | Sin cobertura | Sin cobertura | Sin cobertura para la consulta dental. |

_(10/14)

Preguntas: Llame al **503-813-2000** o al **1-800-813-2000** o visite **www.kp.org**.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en **www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf**

o llame al **503-813-2000** o al **1-800-813-2000** y pida una copia.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- Atención dental
- Atención a largo plazo
- Programas de pérdida de peso
- Anteojos (19 años o más)
- Atención que no sea de emergencia cuando viaje fuera de Estados Unidos
- Ayuda auditiva (Adulto)
- Enfermería de guardia privada
- Cirugía estética
- Cuidado rutinario de los pies

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

- Acupuntura (autorremisión)
- Cirugía bariátrica
- Ayuda auditiva (18 años o menos)
- Atención quiropráctica (autorremisión)
- Tratamiento de la infertilidad
- Cuidado rutinario de los ojos (19 años o más)

Su derecho para continuar con la cobertura:

Si pierde la cobertura del plan, entonces, de acuerdo con las circunstancias, es posible que las leyes federales y estatales brinden protección que le permita mantener la cobertura de salud. Cualquiera de esos derechos puede tener una duración limitada y requerirá que usted pague una **prima**, la cual puede ser considerablemente mayor que la prima que paga mientras tiene la cobertura del plan. Es posible que también se apliquen otras limitaciones a sus derechos a continuar con la cobertura. Para obtener más información sobre sus derechos a continuar con la cobertura, llame al plan al 503-813-2000 o al 1-800-813-2000. También puede ponerse en contacto con el departamento de seguros estatal, con la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento del Trabajo de Estados Unidos en el 1-866-444-3272 o en www.dol.gov/ebsa; o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos en el 1-877-267-2323, extensión 61565, o en www.cciio.cms.gov.

Su derecho a presentar una queja o una apelación:

Si tiene una queja o no está conforme con una denegación de cobertura de su plan, puede **apelar** la decisión o presentar una **queja**. Si tiene preguntas sobre sus derechos, este aviso, o necesita ayuda comuníquese con Kaiser Permanente al 503-813-2000 o al 1-800-813-2000, llame a la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento del Trabajo al 1-866-444-3272 o visite www.dol.gov/ebsa/healthreform. Además, un programa de asistencia para el consumidor puede ayudarle a presentar su apelación. También puede ponerse en contacto el Oregon División de Seguros, P.O. Box 14480, Salem, OR 97309-0405, en el 503-947-7984, en <http://www.cbs.state.or.us/ins/index.htm> o en cp.ins@state.or.us.

¿Provee Cobertura Esencial Mínima esta Cobertura?

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio requiere que la mayoría de las personas tengan cobertura de atención médica que cumpla los requisitos de ser “cobertura esencial mínima.” **Este plan o esta póliza ofrece cobertura esencial mínima.**

¿Satisface esta Cobertura el Estándar de Valor Mínimo?

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio establece un estándar de valor mínimo para los beneficios de un plan médico. **El estándar de valor mínimo es 60% (valor actuario). Esta cobertura médica cumple el estándar de valor mínimo para los beneficios que provee.**

_(10/14)

Preguntas: Llame al 503-813-2000 o al 1-800-813-2000 o visite www.kp.org.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf o llame al 503-813-2000 o al 1-800-813-2000 y pida una copia.

—————*Para ejemplos sobre cómo este plan paga por los servicios en una situación médica específica consulte la página siguiente.*—————

_(10/14)

Preguntas: Llame al **503-813-2000** o al **1-800-813-2000** o visite **www.kp.org**.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en **www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf** o llame al **503-813-2000** o al **1-800-813-2000** y pida una copia.

Sobre los ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos le muestran cómo cubriría el plan los servicios en situaciones distintas. Úselos para tener una idea de cuánta cobertura económica podría obtener el paciente del ejemplo de los distintos planes.



Ésta no es una herramienta de cálculo de costos

No use estos ejemplos para calcular los costos reales de su plan. Los servicios médicos que usted reciba y los precios pueden ser distintos a los mencionados en los ejemplos.

Para información importante sobre estos ejemplos, consulte la página siguiente.

Nacimiento (parto normal)

- El proveedor cobra: \$7,540
- El plan paga: \$5,570
- Usted paga: \$1,970

Ejemplos de los costos:

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

El paciente paga:

| | |
|-----------------------|----------------|
| Deducibles | \$500 |
| Copagos | \$70 |
| Coseguro | \$1,200 |
| Límites o exclusiones | \$200 |
| Total | \$1,970 |

Control de la diabetes (control rutinario de la enfermedad)

- El proveedor cobra: \$5,400
- El plan paga: \$3,800
- Usted paga: \$1,600

Ejemplo de los costos:

| | |
|---|----------------|
| Medicamentos | \$2,900 |
| Equipo médico e insumos | \$1,300 |
| Visitas al consultorio y procedimientos médicos | \$700 |
| Educación sobre el cuidado | \$300 |
| Análisis de laboratorio | \$100 |
| Vacunas y otros servicios preventivos | \$100 |
| Total | \$5,400 |

El paciente paga:

| | |
|-----------------------|----------------|
| Deducibles | \$500 |
| Copagos | \$1,000 |
| Coseguro | \$20 |
| Límites o exclusiones | \$80 |
| Total | \$1,600 |

Total de importes anteriores se basan en suscriptores solo.

_(10/14)

Preguntas: Llame al 503-813-2000 o al 1-800-813-2000 o visite www.kp.org.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf o llame al 503-813-2000 o al 1-800-813-2000 y pida una copia.

Preguntas y respuestas sobre los ejemplos mencionados:

¿Qué conceptos se presuponen de estos ejemplos?

- Los costos no incluyen las **primas**.
- Los ejemplos de costos están basados en los promedios nacionales provenientes del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. y que no son específicos para una zona geográfica o un plan.
- La afección del paciente no es una condición excluida ni preexistente.
- Todos los servicios y tratamientos empezaron y terminaron en el mismo período de cobertura.
- No hay otros gastos médicos para ningún miembro cubierto por este plan.
- Los gastos del bolsillo están basados solamente en el tratamiento del problema mencionado en el ejemplo.
- El paciente recibió todos los servicios de **proveedores** de la red del plan. Si el paciente hubiese recibido los servicios de **proveedores** fuera de la red, los costos hubieran sido más altos.

¿Qué muestra el ejemplo?

En cada ejemplo usted verá cómo suman los **deducibles**, **copagos** y **coseguro**. También le ayudan a ver cuáles son los gastos que tendrá que pagar usted porque no están cubiertos o porque el pago es limitado.

¿Contempla el ejemplo mis propias necesidades?

✗ **No**. Los tratamientos que mencionamos son solo ejemplos. El tratamiento que usted podría recibir para esta condición tal vez sea distinto, según cuál sea el consejo de su médico, su edad, la gravedad de su caso y otros factores.

¿Puede el ejemplo predecir mis gastos futuros?

✗ **No**. Los ejemplos de cobertura **no** son herramientas de cálculo de costos. Usted no puede usar el ejemplo para estimar el costo del cuidado de su condición. El ejemplo es únicamente para fines comparativos. Sus costos reales dependerán de los servicios que reciba, del precio del **proveedor** y del reembolso que autorice el plan.

¿Puedo usar los ejemplos para comparar los planes?

✓ **Sí**. Cuando usted se fija en el Resumen de Beneficios y Cobertura de otros planes, encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Cuando compare los planes, fíjese en el casillero titulado “Usted paga” de cada ejemplo. Cuanto más bajo el número, mayor será la cobertura ofrecida por el plan.

¿Debo tener en cuenta otros costos al comparar los planes?

✓ **Sí**. Un gasto importante es lo que paga de **prima**. Por lo general, cuanto más baja sea la **prima** mayores serán los gastos de su bolsillo, como los **copagos**, **deducibles** y **coseguro**. También debe tener en cuenta las contribuciones a cuentas tales como las Cuentas de Ahorros Médicos (HSA), Acuerdos de Gastos Flexibles (FSA) o las Cuentas de Reembolsos Médicos (HRA) que le ayudan con los gastos del bolsillo.

_(10/14)

Preguntas: Llame al 503-813-2000 o al 1-800-813-2000 o visite www.kp.org.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf o llame al 503-813-2000 o al 1-800-813-2000 y pida una copia.