

Cómo entender los planes: resumen de beneficios

Las tablas que aparecen en las páginas siguientes ofrecen una muestra de cada uno de los beneficios del plan. Consulte el diagrama que aparece a continuación para que le ayude a entender cómo leer estas tablas.

Aquí le presentamos un pequeño resumen de cómo usar la tabla

| Resumen de beneficios |  Kaiser Permanente - Silver 70 HMO Off Exchange |
|--|--|
| Tipo de plan | Deducible |
| Deducible médico anual (individual/familiar) | \$5,400/\$10,800 |
| Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar) | \$9,100/\$18,200 |
| Beneficios | |
| Atención virtual | |
| Consulta por chat, correo electrónico, consulta electrónica, llamada y videollamada | Sin cargo |
| Atención preventiva | |
| Examen físico de rutina, mamografías, etc. | Sin cargo |
| Servicios para pacientes ambulatorios (por consulta o procedimiento) | |
| Visita al consultorio de atención médica primaria | \$50 |
| Visita al consultorio de atención especializada | \$90 |
| La mayoría de las radiografías | \$95 |
| La mayoría de las pruebas de laboratorio | \$50 |
| Imágenes por resonancia magnética (Magnetic Resonance Images, MRI), tomografías computarizadas (TC), tomografías por emisión de positrones (TEP) | \$325 |
| Cirugía ambulatoria | 30 % |
| Consulta de salud mental | \$50 |
| Atención para pacientes hospitalizados | |
| Habitación y alimentos, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental | 30 % después del deducible |
| Maternidad | |
| Consulta de atención prenatal de rutina y primera consulta de posparto | Sin cargo |
| Parto y consulta de bienestar infantil en el hospital | 30 % después del deducible |
| Atención de emergencia y de urgencia | |
| Consulta en el Departamento de Emergencias | \$450 |
| Consulta de atención de urgencia | \$50 |
| Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días) | |
| Medicamentos genéricos (Nivel 1) | \$19* |
| Marca preferida (Nivel 2) | \$60 después de un deducible de farmacia de \$150* |
| Marca no preferida (Nivel 2) | \$60 después de un deducible de farmacia de \$150* |
| Medicamentos especializados (Nivel 4) | 20 % después del deducible de farmacia de \$150, hasta \$250 por medicamento recetado |
| Salud integral | |
| Servicios de decisiones saludables | Promociones de óptica† kp2020.org (en inglés) |

-  Ofrecido por medio de Kaiser Permanente
-  Ofrecido a través del intercambio de beneficios de salud

Deducible anual
Usted debe pagar este monto antes de que su plan comience a ayudarle a pagar la mayoría de los servicios cubiertos. Bajo este plan de muestra, usted pagaría los costos completos de los servicios cubiertos hasta llegar a \$5,400 para usted o \$10,800 para su familia. Después, comenzaría a pagar los copagos o coseguros.

Gastos máximos de bolsillo anuales
Esto es lo máximo que pagará por su atención durante el año calendario antes de que su plan comience a pagar el 100 % de la mayoría de los servicios cubiertos. En este ejemplo, nunca pagaría más de \$9,100 por usted ni más de \$18,200 por su familia por concepto de copagos, coseguros y deducibles en un año calendario.

Atención preventiva sin cargo
La mayoría de los servicios de atención preventiva, incluyendo los exámenes físicos de rutina y mamografías, están cubiertos sin cargo. Además, no están sujetos al deducible.

Servicios cubiertos antes de alcanzar el deducible
Para algunos servicios, usted solamente pagará un copago o un coseguro, sin importar si ya alcanzó su deducible. Bajo este plan, las consultas de atención primaria están cubiertas con un copago de \$50, incluso antes de alcanzar su deducible. Con nuestros planes Silver con deducible, la atención primaria, la atención especializada y las consultas de atención de urgencia están todas cubiertas antes de alcanzar el deducible.

Coseguro
Después de alcanzar su deducible, este es un porcentaje de los cargos que podría pagar por los servicios cubiertos. En este caso, pagaría 30 % del costo diario de su atención para pacientes hospitalarios después de que alcance su deducible. Su plan pagaría el resto hasta el fin del año calendario.

Copago
Este es el monto fijo que paga por servicios cubiertos, en general, después de que alcance su deducible. En este ejemplo, comenzaría a pagar un copago de \$50 por consultas de atención de urgencia, independientemente de que haya alcanzado su deducible o no.

*Pedido por correo: Suministro de hasta 100 días de medicamentos recetados autorizados por el costo de un suministro de 60 días.

†Las promociones de óptica y otros servicios mostrados pueden ser proporcionados por grupos diferentes a Kaiser Permanente, y no se ofrecen ni se garantizan como parte de su cobertura. Las tarifas adicionales que pague no se tendrán en cuenta para su deducible ni para los gastos máximos de su bolsillo.

KP Ofrecido por medio de Kaiser Permanente

E Ofrecido a través del intercambio de beneficios para la salud, Covered California

Hay opciones de asistencia financiera con copagos, coseguro y deducibles más bajos disponibles para determinados planes, así como para los nativos de Alaska y los indígenas estadounidenses en CoveredCA.com/espanol.

| Resumen de beneficios | KP Kaiser Permanente Bronze 60 HMO 8200/0% | KP E Kaiser Permanente Bronze 60 HDHP HMO | KP E Kaiser Permanente Bronze 60 HMO |
|--|--|---|---|
| Tipo de plan | Deducible | Que admite una HSA | Deducible |
| Deducible médico anual (individual/familiar) | \$8,200/\$16,400 | \$7,050/\$14,100 | \$6,300/\$12,600 |
| Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar) | \$8,200/\$16,400 | \$7,050/\$14,100 | \$9,100/\$18,200 |
| Beneficios | | | |
| Atención virtual | | | |
| Consulta por correo electrónico, consulta electrónica, llamada y videoconsulta | Sin cargo | Consulta por correo electrónico, consulta en línea: sin cargo. Consulta por teléfono y videoconsulta: sin cargo después del deducible | Sin cargo |
| Atención preventiva | | | |
| Examen físico de rutina, mamografías, etc. | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo |
| Servicios para pacientes ambulatorios (por consulta o procedimiento) | | | |
| Visita al consultorio de atención médica primaria | Sin cargo después del deducible | Sin cargo después del deducible | Las primeras 3 consultas: \$60; luego: \$60 después del deducible [‡] |
| Visita al consultorio de atención especializada | Sin cargo después del deducible | Sin cargo después del deducible | Primeras 3 consultas: \$95; luego: \$95 después del deducible [‡] |
| La mayoría de las radiografías | Sin cargo después del deducible | Sin cargo después del deducible | 40 % después del deducible |
| La mayoría de las pruebas de laboratorio | Sin cargo después del deducible | Sin cargo después del deducible | \$40 |
| MRI, TC, TEP | Sin cargo después del deducible | Sin cargo después del deducible | 40 % después del deducible |
| Cirugía ambulatoria | Sin cargo después del deducible | Sin cargo después del deducible | 40 % después del deducible |
| Consulta de salud mental | Sin cargo después del deducible | Sin cargo después del deducible | Sin cargo |
| Atención para pacientes hospitalizados | | | |
| Habitación y alimentos, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental | Sin cargo después del deducible | Sin cargo después del deducible | 40 % después del deducible |
| Maternidad | | | |
| Consulta de atención prenatal de rutina y primera consulta de posparto | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo |
| Parto y consulta de bienestar infantil en el hospital | Sin cargo después del deducible | Sin cargo después del deducible | 40 % después del deducible |
| Atención de emergencia y de urgencia | | | |
| Consulta en el Departamento de Emergencias | Sin cargo después del deducible | Sin cargo después del deducible | 40 % después del deducible |
| Consulta de atención de urgencia | Sin cargo después del deducible | Sin cargo después del deducible | Las primeras 3 consultas: \$60; luego: \$60 después del deducible [‡] |
| Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días) | | | |
| Medicamentos genéricos (Nivel 1) | \$20* | Sin cargo después del deducible | \$17 después del deducible de farmacia de \$500* |
| Marca preferida (Nivel 2) | Sin cargo después del deducible | Sin cargo después del deducible | 40 % después del deducible de farmacia de \$500, hasta \$500 por medicamento recetado |
| Marca no preferida (Nivel 2) | Sin cargo después del deducible | Sin cargo después del deducible | 40 % después del deducible de farmacia de \$500, hasta \$500 por medicamento recetado |
| Medicamentos especializados (Nivel 4) | Sin cargo después del deducible | Sin cargo después del deducible | 40 % después del deducible de farmacia de \$500, hasta \$500 por medicamento recetado |
| Salud integral | | | |
| Servicios de decisiones saludables | Promociones de óptica [†] kp2020.org | Promociones de óptica [†] kp2020.org | Promociones de óptica [†] kp2020.org |

[‡] El plan Kaiser Permanente Bronze 60 HMO incluye tres visitas al consultorio por el copago del beneficio antes de que alcance su deducible. Las visitas al consultorio incluyen consultas de atención primaria, especializadas, de urgencia, o de atención de salud mental y consumo de sustancias para pacientes ambulatorios.

* Pedido por correo: Suministro de hasta 100 días de medicamentos recetados autorizados por el costo de un suministro de 60 días.

[†] Las promociones de óptica y otros servicios mostrados pueden ser proporcionados por grupos diferentes a Kaiser Permanente, y no se ofrecen ni se garantizan como parte de su cobertura. Las cuotas adicionales que pague no contarán como parte de su deducible o gasto máximo de bolsillo.

Este resumen del plan destaca los beneficios, copagos, coseguros y deducibles sobre los cuales se pregunta con más frecuencia. Consulte el *Acuerdo Combinado de Membresía, Evidencia de Cobertura y Formulario de Revelación* (Combined Membership Agreement, Evidence of Coverage, and Disclosure Form, EOC) para obtener más detalles sobre su plan o para conocer las limitaciones y exclusiones específicas. Para solicitar una copia de la EOC visite kp.org/plandocuments (en inglés), llámenos al 1-800-464-4000 (TTY 711) o comuníquese con su corredor de seguros.

KP Ofrecido por medio de Kaiser Permanente

E Ofrecido a través del intercambio de beneficios para la salud, Covered California

Hay opciones de asistencia financiera con copagos, coseguro y deducibles más bajos disponibles para determinados planes, así como para los nativos de Alaska y los indígenas estadounidenses en CoveredCA.com/espanol.

| Resumen de beneficios | KP Kaiser Permanente - Silver 70 HDHP HMO 3600/25% | KP Kaiser Permanente - Silver 70 HMO Off Exchange | E Kaiser Permanente - Silver 70 HMO | KP Kaiser Permanente - Silver 70 HMO 2850/50 |
|--|---|---|---|---|
| Tipo de plan | Que admite una HSA | Deducible | Deducible | Deducible |
| Deducible médico anual (individual/familiar) | \$3,600/\$7,200 | \$5,400/\$10,800 | \$5,400/\$10,800 | \$2,850/\$5,700 |
| Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar) | \$7,200/\$14,400 | \$9,100/\$18,200 | \$9,100/\$18,200 | \$8,750/\$17,500 |
| Beneficios | | | | |
| Atención virtual | | | | |
| Consulta por correo electrónico, consulta electrónica, llamada y videoconsulta | Consulta por correo electrónico, consulta en línea: sin cargo. Consulta por teléfono y videoconsulta: sin cargo después del deducible | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo |
| Atención preventiva | | | | |
| Examen físico de rutina, mamografías, etc. | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo |
| Servicios para pacientes ambulatorios (por consulta o procedimiento) | | | | |
| Visita al consultorio de atención médica primaria | 25 % después del deducible | \$50 | \$50 | \$50 |
| Visita al consultorio de atención especializada | 25 % después del deducible | \$90 | \$90 | \$80 |
| La mayoría de las radiografías | 25 % después del deducible | \$95 | \$95 | \$70 después del deducible |
| La mayoría de las pruebas de laboratorio | 25 % después del deducible | \$50 | \$50 | \$30 después del deducible |
| MRI, TC, TEP | 25 % después del deducible | \$325 | \$325 | \$350 después del deducible |
| Cirugía ambulatoria | 25 % después del deducible | 30 % | 30 % | 35 % después del deducible |
| Consulta de salud mental | 25 % después del deducible | \$50 | \$50 | \$50 |
| Atención para pacientes hospitalizados | | | | |
| Habitación y alimentos, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental | 25 % después del deducible | 30 % después del deducible | 30 % después del deducible | 35 % después del deducible |
| Maternidad | | | | |
| Consulta de atención prenatal de rutina y primera consulta de posparto | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo |
| Parto y consulta de bienestar infantil en el hospital | 25 % después del deducible | 30 % después del deducible | 30 % después del deducible | 35 % después del deducible |
| Atención de emergencia y de urgencia | | | | |
| Consulta en el Departamento de Emergencias | 25 % después del deducible | \$450 | \$450 | \$350 después del deducible |
| Consulta de atención de urgencia | 25 % después del deducible | \$50 | \$50 | \$50 |
| Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días) | | | | |
| Medicamentos genéricos (Nivel 1) | 25 % después del deducible, hasta \$250 por medicamento recetado | \$19* | \$19* | \$20* |
| Marca preferida (Nivel 2) | 25 % después del deducible, hasta \$250 por medicamento recetado | \$60 después de un deducible de farmacia de \$150* | \$60 después de un deducible de farmacia de \$150* | \$75 después de un deducible de farmacia de \$450* |
| Marca no preferida (Nivel 2) | 25 % después del deducible, hasta \$250 por medicamento recetado | \$60 después de un deducible de farmacia de \$150* | \$60 después de un deducible de farmacia de \$150* | \$75 después de un deducible de farmacia de \$450* |
| Medicamentos especializados (Nivel 4) | 25 % después del deducible, hasta \$250 por medicamento recetado | 20 % después del deducible de farmacia de \$150, hasta \$250 por medicamento recetado | 20 % después del deducible de farmacia de \$150, hasta \$250 por medicamento recetado | 35 % después del deducible de farmacia de \$450, hasta \$250 por medicamento recetado |
| Salud integral | | | | |
| Servicios de decisiones saludables | Promociones de óptica† kp2020.org | Promociones de óptica† kp2020.org | Promociones de óptica† kp2020.org | Promociones de óptica† kp2020.org |

* Pedido por correo: Suministro de hasta 100 días de medicamentos recetados autorizados por el costo de un suministro de 60 días.

† Las promociones de óptica y otros servicios mostrados pueden ser proporcionados por grupos diferentes a Kaiser Permanente, y no se ofrecen ni se garantizan como parte de su cobertura. Las cuotas adicionales que pague no contarán como parte de su deducible o gasto máximo de bolsillo.

Este resumen del plan destaca los beneficios, copagos, coseguros y deducibles sobre los cuales se pregunta con más frecuencia. Consulte el *Acuerdo Combinado de Membresía, Evidencia de Cobertura y Formulario de Revelación (EOC)* para obtener más detalles sobre su plan o para conocer las limitaciones y exclusiones específicas. Para solicitar una copia de la EOC visite kp.org/plandocuments, llámenos al 1-800-464-4000 (TTY 711) o comuníquese con su corredor de seguros.

KP Ofrecido por medio de Kaiser Permanente

E Ofrecido a través del intercambio de beneficios para la salud, Covered California

Hay opciones de asistencia financiera con copagos, coseguro y deducibles más bajos disponibles para determinados planes, así como para los nativos de Alaska y los indígenas estadounidenses en CoveredCA.com/espanol.

| Resumen de beneficios | KP E | KP E | KP E | KP E |
|--|---|---|---|--|
| | Kaiser Permanente - Gold 80 HMO | Kaiser Permanente - Gold 80 HMO Coinsurance | Kaiser Permanente - Platinum 90 HMO | Kaiser Permanente - Minimum Coverage HMO ^{††} |
| Tipo de plan | Copago | | | Deducible |
| Deducible médico anual (individual/familiar) | Ninguno/Ninguno | Ninguno/Ninguno | Ninguno/Ninguno | \$9,450/\$18,900 |
| Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar) | \$8,700/\$17,400 | \$8,700/\$17,400 | \$4,500/\$9,000 | \$9,450/\$18,900 |
| Beneficios | | | | |
| Atención virtual | | | | |
| Consulta por correo electrónico, consulta electrónica, llamada y videoconsulta | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo |
| Atención preventiva | | | | |
| Examen físico de rutina, mamografías, etc. | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo |
| Servicios para pacientes ambulatorios (por consulta o procedimiento) | | | | |
| Visita al consultorio de atención médica primaria | \$35 | \$35 | \$15 | Las primeras 3 consultas al consultorio son gratuitas.*** Las demás consultas no tienen costo después del deducible. |
| Visita al consultorio de atención especializada | \$65 | \$65 | \$30 | Sin cargo después del deducible |
| La mayoría de las radiografías | \$75 | \$75 | \$30 | Sin cargo después del deducible |
| La mayoría de las pruebas de laboratorio | \$40 | \$40 | \$15 | Sin cargo después del deducible |
| MRI, TC, TEP | \$75 | 25 % | \$75 | Sin cargo después del deducible |
| Cirugía ambulatoria | \$170 | 30 % | \$95 | Sin cargo después del deducible |
| Consulta de salud mental | \$35 | \$35 | \$15 | Sin cargo |
| Atención para pacientes hospitalizados | | | | |
| Habitación y alimentos, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental | \$330 por día, hasta 5 días** | 30 % | \$225 por día, hasta 5 días** | Sin cargo después del deducible |
| Maternidad | | | | |
| Consulta de atención prenatal de rutina y primera consulta de posparto | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo |
| Parto y consulta de bienestar infantil en el hospital | \$330 por día, hasta 5 días** | 30 % | \$225 por día, hasta 5 días** | Sin cargo después del deducible |
| Atención de emergencia y de urgencia | | | | |
| Consulta en el Departamento de Emergencias | \$350 | \$350 | \$150 | Sin cargo después del deducible |
| Consulta de atención de urgencia | \$35 | \$35 | \$15 | Las primeras 3 consultas al consultorio son gratuitas.*** Las demás consultas no tienen costo después del deducible. |
| Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días) | | | | |
| Medicamentos genéricos (Nivel 1) | \$15* | \$15* | \$7* | Sin cargo después del deducible |
| Marca preferida (Nivel 2) | \$60* | \$60* | \$16* | Sin cargo después del deducible |
| Marca no preferida (Nivel 2) | \$60* | \$60* | \$16* | Sin cargo después del deducible |
| Medicamentos especializados (Nivel 4) | 20 % hasta \$250 por medicamento recetado | 20 % hasta \$250 por medicamento recetado | 10 % hasta \$250 por medicamento recetado | Sin cargo después del deducible |
| Salud integral | | | | |
| Servicios de decisiones saludables | Promociones de óptica [†] kp2020.org |

* Pedido por correo: Suministro de hasta 100 días de medicamentos recetados autorizados por el costo de un suministro de 60 días.

† Las promociones de óptica y otros servicios mostrados pueden ser proporcionados por grupos diferentes a Kaiser Permanente, y no se ofrecen ni se garantizan como parte de su cobertura. Las cuotas adicionales que pague no contarán como parte de su deducible o gasto máximo de bolsillo.

** Después de 5 días, los servicios cubiertos relacionados con la hospitalización no tienen cargo.

†† Únicamente los solicitantes menores de 30 años o los solicitantes de 30 años en adelante que presenten un certificado de Covered California que demuestre dificultades económicas o la falta de una cobertura asequible pueden adquirir un plan Minimum Coverage HMO.

*** El plan Kaiser Permanente Minimum Coverage HMO incluye tres visitas al consultorio sin cargo antes de alcanzar su deducible. Las visitas al consultorio incluyen consultas de atención primaria y de urgencia.

Este resumen del plan destaca los beneficios, copagos, coseguros y deducibles sobre los cuales se pregunta con más frecuencia. Consulte el *Acuerdo Combinado de Membresía, Evidencia de Cobertura y Formulario de Revelación* (EOC) para obtener más detalles sobre su plan o para conocer las limitaciones y exclusiones específicas. Para solicitar una copia de la EOC visite kp.org/plandocuments, llámenos al 1-800-464-4000 (TTY 711) o comuníquese con su corredor de seguros.

Planes de Reducción del Costo Compartido (CSR)

E Ofrecido a través del intercambio de beneficios para la salud, Covered California

Tiene que cumplir los requisitos e inscribirse en los planes de Reducción del Costo Compartido (Cost Share Reduction, CSR) en esta página a través de Covered California.

| Resumen de beneficios | E Kaiser Permanente - Silver 73 HMO | E Kaiser Permanente - Silver 87 HMO | E Kaiser Permanente - Silver 94 HMO |
|--|--|--|--|
| Tipo de plan | Copago | Copago | Copago |
| Deducible médico anual (individual/familiar) | Ninguno/Ninguno | Ninguno/Ninguno | Ninguno/Ninguno |
| Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar) | \$6,100/\$12,200 | \$3,000/\$6,000 | \$1,150/\$2,300 |
| Beneficios | | | |
| Atención virtual | | | |
| Consulta por correo electrónico, consulta electrónica, llamada y videoconsulta | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo |
| Atención preventiva | | | |
| Examen físico de rutina, mamografías, etc. | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo |
| Servicios para pacientes ambulatorios (por consulta o procedimiento) | | | |
| Visita al consultorio de atención médica primaria | \$35 | \$15 | \$5 |
| Visita al consultorio de atención especializada | \$85 | \$25 | \$8 |
| La mayoría de las radiografías | \$95 | \$40 | \$8 |
| La mayoría de las pruebas de laboratorio | \$50 | \$20 | \$8 |
| MRI, TC, TEP | \$325 | \$100 | \$50 |
| Cirugía ambulatoria | 30 % | 20 % | 10 % |
| Consulta de salud mental | \$35 | \$15 | \$5 |
| Atención para pacientes hospitalizados | | | |
| Habitación y alimentos, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental | 30 % | 20 % | 10 % |
| Maternidad | | | |
| Consulta de atención prenatal de rutina y primera consulta de posparto | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo |
| Parto y consulta de bienestar infantil en el hospital | 30 % | 20 % | 10 % |
| Atención de emergencia y de urgencia | | | |
| Consulta en el Departamento de Emergencias | \$350 | \$150 | \$50 |
| Consulta de atención de urgencia | \$35 | \$15 | \$5 |
| Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días) | | | |
| Medicamentos genéricos (Nivel 1) | \$15* | \$5* | \$3* |
| Marca preferida (Nivel 2) | \$55* | \$25* | \$10* |
| Marca no preferida (Nivel 2) | \$55* | \$25* | \$10* |
| Medicamentos especializados (Nivel 4) | 20 % hasta \$250 por medicamento recetado | 15 % hasta \$150 por medicamento recetado | 10 % hasta \$150 por medicamento recetado |
| Salud integral | | | |
| Servicios de decisiones saludables | Promociones de óptica [†] kp2020.org | Promociones de óptica [†] kp2020.org | Promociones de óptica [†] kp2020.org |

* Pedido por correo: Suministro de hasta 100 días de medicamentos recetados autorizados por el costo de un suministro de 60 días.

† Las promociones de óptica y otros servicios mostrados pueden ser proporcionados por grupos diferentes a Kaiser Permanente, y no se ofrecen ni se garantizan como parte de su cobertura. Las cuotas adicionales que pague no contarán como parte de su deducible o gasto máximo de bolsillo.

Este resumen del plan destaca los beneficios, copagos, coseguros y deducibles sobre los cuales se pregunta con más frecuencia. Consulte el *Acuerdo Combinado de Membresía, Evidencia de Cobertura y Formulario de Revelación (EOC)* para obtener más detalles sobre su plan o para conocer las limitaciones y exclusiones específicas. Para solicitar una copia de la EOC visite kp.org/plandocuments, llámenos al **1-800-464-4000 (TTY 711)** o comuníquese con su corredor de seguros.