

Cuidado para todo lo que es usted



Reciba atención médica diseñada para usted

Atención que incluye...

Chequeos de rutina, tratamientos complejos y preguntas nocturnas

Opciones para aumentar la fuerza, reducir el estrés y cuidar a una familia

Nuevos objetivos, viejos hábitos y bienestar mental continuo

No importa cuál sea su prioridad, la nuestra es brindarle una excelente atención: cuando se sienta bien, cuando necesite ayuda y en todo momento.



Encuentre su versión más saludable

Le ayudamos a obtener atención médica, desde el lugar donde se encuentre. La atención en Kaiser Permanente es más fácil y rápida gracias a los profesionales de salud conectados, a otras maneras de recibir atención y al apoyo para una mente, cuerpo y espíritu saludables. Le damos la bienvenida al cuidado para todo lo que es usted.

Fechas importantes relacionadas con el periodo de inscripción abierta para 2024

- El periodo de inscripción abierta para la cobertura de 2024 se extiende desde el **1 de noviembre de 2023** hasta el **31 de enero de 2024**.
- Usted puede cambiar o solicitar la cobertura por medio de Kaiser Permanente, o nosotros podemos ayudarle a realizar la solicitud por medio de DC Health Link.
- Para la cobertura que inicia el **1 de enero de 2024**, debemos recibir su Solicitud a más tardar el **15 de diciembre de 2023**.

Cómo inscribirse durante un periodo de inscripción especial

- ¿Va a casarse, mudarse o a perder su cobertura de salud? También puede inscribirse o cambiar su cobertura en otros momentos a lo largo del año si tiene un evento calificado de vida (circunstancia de vida que califica y modifica su situación actual).
- Visite kp.org/inscripcionespecial para consultar la lista de eventos calificados de vida y las instrucciones.

¿Necesita hablar con alguien? Estamos aquí para ayudarle.

Un especialista en inscripciones de Kaiser Permanente puede responder sus preguntas, como dónde recibir atención médica o qué beneficios adicionales están incluidos. Llame al **1-800-494-5314** (TTY 711).





Diseñado para facilitarle la vida

Gracias a la atención y la cobertura combinadas, los médicos, hospitales y beneficios de su plan de salud de Kaiser Permanente están conectados y comprometidos a brindarle una atención excepcional justo a su medida.

Un acceso más fácil a los especialistas y a los últimos tratamientos.

Los costos son predecibles y hay menos papeleo.

Atención al momento que la necesite.



Descubra cómo podemos ayudarle a mantenerse saludable y seguir haciendo lo que ama.

kp.org/allthatisyouth (haga clic en "Español")

Atención personalizada

Para usted que merece comprensión

Los médicos de Kaiser Permanente tienen una prioridad: su salud. Su historia clínica electrónica permite que su equipo de atención acceda a su historial de salud para que su médico pueda planear la atención según sus necesidades. Conocen su estilo de vida, sus riesgos y sus objetivos para comprender qué es lo más importante para usted y poder ser sus defensores de la salud.



Explore la atención que se adapte a usted.
kp.org/connectedtocare (haga clic en "Español")

Le guiamos en cada paso de su atención



Su historial de salud de Kaiser Permanente se encuentra en su historia clínica electrónica.



Su equipo de atención le guía a través de las citas y las referencias.



Su historia clínica está disponible para usted y su equipo de atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana.



Su equipo de atención le informa cuándo programar revisiones médicas y pruebas.

Atención conveniente

Para usted que es una persona ocupada

Visite kp.org/espanol o use nuestra aplicación para hacer citas de rutina para el mismo día o para el día siguiente en persona, o hable con un profesional clínico de salud por teléfono o video, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.¹

No importa cómo se conecte, hablará con un profesional médico que podrá ver su historial de salud y retomar su atención donde se quedó.

Haga más en una cita

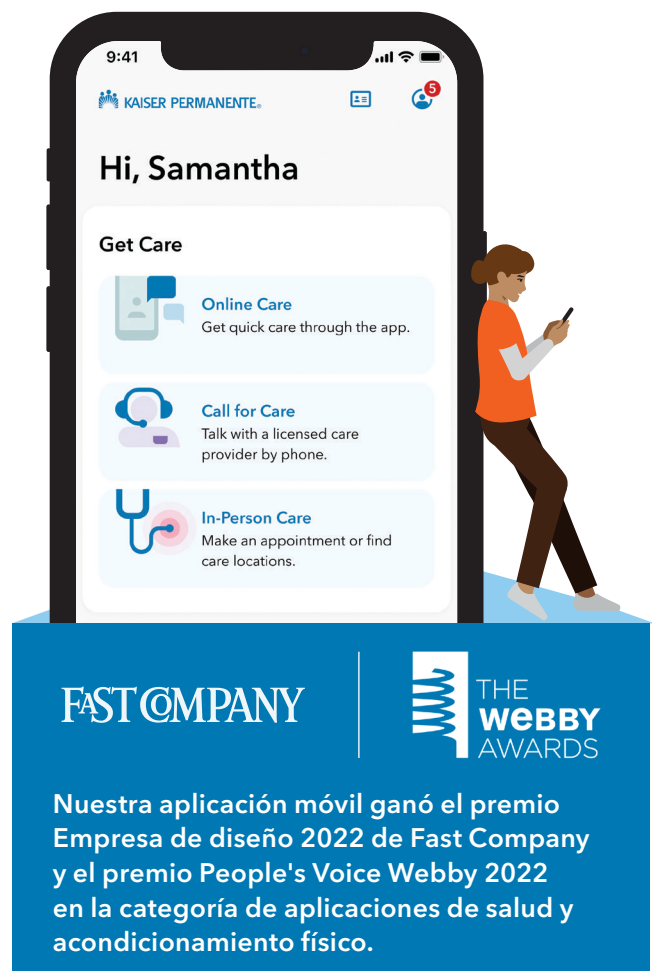
Muchos de nuestros centros de atención de Kaiser Permanente tienen farmacias y laboratorios en el mismo edificio, por lo que puede ver a su médico, realizarse sus pruebas y obtener sus medicamentos recetados, todo en una sola visita.

Su salud a su alcance

- Obtenga atención virtual las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Envíe un correo electrónico a su equipo de atención con preguntas que no sean de urgencia.
- Consulte la mayoría de los resultados de laboratorio y las notas del médico.
- Vuelva a surtir la mayoría de sus medicamentos recetados.
- Regístrese para citas.
- Pague las facturas y consulte sus estados de cuenta.



Descubra cómo la aplicación de Kaiser Permanente le da el control. kp.org/mobile (haga clic en "Español")



FAST COMPANY | **THE WEBBY AWARDS**

Nuestra aplicación móvil ganó el premio Empresa de diseño 2022 de Fast Company y el premio People's Voice Webby 2022 en la categoría de aplicaciones de salud y acondicionamiento físico.

Tiene cobertura durante sus viajes



Si está pensando en viajar, podemos ayudarle a gestionar sus vacunas, volver a surtir sus medicamentos recetados, y más. Y cuando ya esté de viaje, tendrá cobertura para atención de emergencia en cualquier parte del mundo, incluso en centros de atención que no sean de Kaiser Permanente.

Atención de **primer nivel**

Para usted que espera lo mejor

Sin importar cuáles sean sus necesidades (salud mental, maternidad, atención del cáncer, salud del corazón y más), usted obtendrá acceso a médicos, tecnología avanzada y atención basada en evidencia.



Conozca cómo es que sus médicos y especialistas trabajan por usted.
kp.org/specialtycare
(haga clic en "Español")



Somos líderes nacionales en tasas de pruebas de detección e investigaciones, y estamos entre los planes de salud con mejor calificación en todos los estados donde brindamos servicios.^{2,3,4}

Los miembros de Kaiser Permanente tienen:



33%

más de probabilidades de sobrevivir a una enfermedad cardíaca⁵

52%

más de probabilidades de sobrevivir al cáncer colorrectal⁶

20%

menos probabilidades de sufrir una muerte prematura por cáncer⁷

Atención integral

Para usted que quiere explorar todas sus opciones de salud

Los miembros de Kaiser Permanente pueden obtener ayuda con la depresión, la ansiedad, las adicciones y la salud emocional o mental, sin necesidad de una referencia. También tiene acceso a aplicaciones de cuidado personal que le ayudarán con su bienestar mental en general.^{8,9}



Calm

La aplicación número uno para dormir y meditar¹⁰.



Ginger

Hable con un asesor de apoyo emocional a través de mensajes de texto a cualquier hora y en cualquier lugar¹¹.



myStrength

Cree un plan personalizado para fortalecer su salud emocional.



Obtenga más información sobre la atención de salud mental.
kp.org/mentalhealth (haga clic en "Español")

Recursos para el bienestar diario

Aproveche las clases, los servicios y los programas que le ayudarán a alcanzar sus objetivos de salud y acondicionamiento físico¹².

- acupuntura, terapia de masajes y atención quiropráctica
- asesoría de bienestar
- tarifas reducidas para membresías de gimnasios
- acondicionamiento físico en línea con la aplicación ClassPass
- programas para un estilo de vida saludable

Explore la cobertura dental

La cobertura dental de Kaiser Permanente Smile ofrece beneficios mejorados para respaldar una mejor salud bucal para el bienestar de todo el cuerpo. A partir de enero de 2024, habrá nuevos beneficios dentales infantiles integrados disponibles.



Visite kp.org/dental/mas (en inglés) para obtener más información.

Atención confiable

Para usted que desea un médico de confianza

Su salud es un viaje que dura toda la vida y queremos que tenga un médico para llegar hasta el final. Contratamos médicos y personal que frecuentemente hablan más de un idioma y ofrecemos atención que toma en cuenta su cultura, etnia y estilo de vida. Además, puede elegir un médico o cambiarlo en cualquier momento.



Le ayudaremos en cada paso del camino, desde encontrar un médico adecuado hasta la transición de su atención.

kp.org/nuevosmiembros

“

Pude relacionarme bien con el Dr. Weniger, fue amable y minucioso. Al final de mi consulta, supe que había tomado la decisión correcta con Kaiser Permanente.

”

– Aimee, nueva miembro

Elija su plan de salud

Ofrecemos una variedad de planes que se adaptan a sus necesidades y a su presupuesto. Todos ellos ofrecen la misma atención de calidad, pero la distribución de los costos es distinta.

Planes virtuales: gold y silver

Con un plan virtual, su prima mensual es más baja y comenzará la mayor parte de la atención con una consulta virtual. Reciba la atención médica de la forma que quiera. Puede elegir entre un chat virtual o una línea telefónica para recibir consejos las 24 horas del día, los 7 días de la semana, consultas electrónicas, consultas por video programadas, consultas por teléfono o correos electrónicos para asuntos que no sean urgentes, sin costo adicional. Recibirá la atención y los medicamentos que necesite, o le brindaremos ayuda para recibir atención en persona.

Planes con copagos: platinum y gold

Los planes con copago son los más simples. Usted sabrá por adelantado cuánto va a pagar por la atención, como consultas médicas y medicamentos recetados. Este monto se llama copago. Su prima mensual es más alta, pero pagará mucho menos cuando reciba la atención.

Planes de KP Plus: gold

Los miembros de KP Plus reciben atención integral de alta calidad por parte de médicos de Kaiser Permanente. También pueden optar por consultar a cualquier proveedor autorizado fuera de Kaiser Permanente para ciertos servicios cubiertos, con un máximo de 10 visitas médicas ambulatorias fuera de la red por año, incluidas visitas al consultorio médico, servicios de laboratorio y radiología, y hasta 5 resurtidos en farmacias fuera de la red. Los pagos fuera de la red no se acumulan para alcanzar los deducibles del plan o el gasto máximo de bolsillo.

Visite choiceproducts-midatlantic.kaiserpermanente.org/hmo-dhmo-plus/ (en inglés) para obtener más información.

Planes con deducible: gold, silver, bronze y catastrophic

Con un plan con deducible, su prima mensual es menor, pero deberá pagar el costo total de la mayoría de los servicios cubiertos hasta alcanzar un monto fijo, conocido como su deducible. Después comenzará a pagar menos, un copago o un coseguro. Dependiendo de su plan, para algunos servicios, como consultas médicas o medicamentos recetados, es posible que tenga que pagar un copago o coseguro antes de que alcance su deducible.

Planes de salud con deducible alto que admiten una cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA): gold y bronze

Los planes con deducible que admiten una cuenta de ahorros para gastos médicos (Health Savings Account, HSA) son planes con deducible con una característica especial. Con estos planes puede establecer una cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) para pagar sus costos de salud, como copagos, coseguros y pagos de deducible. Y no pagará impuestos federales sobre el dinero que está en esta cuenta. Puede usar su HSA en cualquier momento para pagar la atención, incluso para algunos servicios que quizá no estén cubiertos por su plan, como anteojos o servicios dentales para adultos.¹³ Y si le queda dinero en su HSA al final del año, quedará a su disposición para usarlo el próximo año.

Ejemplo de sus costos de atención

Digamos que se lesionó el tobillo. Visita a su médico personal, quien le ordena una radiografía. Es simplemente una torcedura, así que el médico le receta un medicamento genérico para el dolor. Este es un ejemplo de lo que pagaría de su bolsillo por estos servicios con cada tipo de plan de salud.

Nombre del plan	Visita al consultorio	Radiografía	La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)
KP DC Gold 0 Ded/100 RxDed/Vision (sin deducible)	\$20 (no se aplica a los niños menores de 5 años)	\$65	\$15 [†]
KP DC Silver Virtual Forward 4000 (deducible de \$4,000)	Atención virtual sin cargo; primera consulta en persona sin cargo y consultas adicionales en persona \$55 después del deducible ^{***}	30 % después del deducible	\$10 [†]
KP DC Standard Bronze 6350/20 %/HSA/Vision (\$6,350 de deducible)	20 % después del deducible	20 % después del deducible	20 % después del deducible

[†]Pedido por correo: suministro para 90 días de medicamentos recetados autorizados por el costo de un suministro para 60 días.

^{***}Virtual Forward ofrece atención virtual sin cargo; incluye acceso ilimitado al chat con un enfermero, a las consultas electrónicas, por correo electrónico, por teléfono y por video. La primera consulta en persona es sin cargo antes de que alcance su deducible, incluidas las consultas de atención primaria y las consultas de atención de salud mental para pacientes ambulatorios.

Las estimaciones de costos anteriores son de kp.org/treatmentestimates (haga clic en "Español"). Puede visitar este sitio en cualquier momento para estimar los cargos por servicios comunes antes de que alcance su deducible.

¿Reúne los requisitos para recibir ayuda financiera?

Es posible que sea elegible para recibir asistencia financiera federal o estatal para ayudarle a pagar la atención o la cobertura.

Visite buykp.org/apply (haga clic en "Español") para obtener los detalles.



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	KP DC Silver 3200 Ded/1200 RxDed/Vision
Tipo de plan	Deducible
Deducible de servicios médicos anual (individual/familiar)	\$3,200/\$6,400
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$8,350/\$16,700
Beneficios	
Atención virtual	
Consulta por chat, correo electrónico, teléfono y video, y consulta electrónica	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	\$30 (no se aplica a los niños menores de 5 años)
Visita al consultorio de atención especializada	\$60
La mayoría de las radiografías	\$70
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$40
Imágenes por resonancia magnética (MRI), tomografías computarizadas (TC), tomografías por emisión de positrones (TEP)	30 % después del deducible
Cirugía para pacientes ambulatorios	30 % después del deducible
Consulta de salud mental	\$30 (terapia individual)
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 posparto	Sin cargo
Parto y consulta de bienestar infantil en el hospital	30 % después del deducible
Atención de emergencia y de urgencia	
Visita al Departamento de Emergencias	30 % después del deducible
Consulta de atención de urgencia	\$60
Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)	
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$20 ¹
La mayoría de los medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$60 después del deducible de farmacia de \$1,200 por miembro ¹
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	30 % después del deducible de farmacia de \$1,200 por miembro
Medicamentos especializados (Nivel 4)	30 % después del deducible de farmacia de \$1,200 por miembro hasta un máximo de \$150 por receta médica de 30 días
Salud integral	
Servicios de decisiones saludables	Los exámenes de la vista están incluidos en su plan. Visite nuestros centros ópticos para sus anteojos y lentes de contacto. Visite kp2020.org (en inglés) para obtener más información. Explore nuestra amplia gama de recursos de cuidado personal diseñados para ayudarle a que viva bien en mente, cuerpo y espíritu. Visite kp.org/selfcare (haga clic en "Español") para obtener más detalles.

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 \$3,200 para usted o \$6,400 para su familia. Después comenzaría a pagar 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 \$8,350 por usted y no más de \$16,700 por su familia por concepto de copagos, coseguros y deducibles en un año calendario.

Atención preventiva sin cargo adicional

La mayoría de los servicios de atención preventiva, incluidos los exámenes físicos de rutina y las mamografías, están cubiertos sin costo adicional. 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 \$35 (no se aplica a los niños menores de 5 años), incluso antes de que alcance 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 hospitalizados 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, usted comenzaría a pagar un copago de \$60 por consultas de atención de urgencia, sin importar si ya alcanzó o no su deducible.

¹Pedido por correo: suministro para 90 días de medicamentos recetados autorizados por el costo de un suministro para 60 días.

Hay opciones de asistencia financiera disponibles para determinados planes, así como para los nativos de Alaska y los indios americanos en dchealthlink.com.

Resumen de beneficios	KP DC Standard Bronze 7500 Ded/850 RxDed	KP DC Bronze 6500/65/Vision	KP DC Standard Bronze 6350/20 %/HSA/Vision
Tipo de plan	Deducible	Deducible	Admite HSA
Deducible de servicios médicos anual (individual/familiar)	\$7,500/\$15,000	\$6,500/\$13,000	\$6,350/\$12,700
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$9,150/\$18,300	\$9,450/\$18,900	\$7,200/\$14,400
Beneficios			
Atención virtual			
Consulta por chat, correo electrónico, teléfono y video, y consulta electrónica	Sin cargo	Sin cargo	Consulta por chat, correo electrónico, consulta electrónica: sin cargo Consulta por teléfono y videollamada: sin cargo después del deducible
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	\$45	\$65 (no se aplica para los niños menores de 5 años)	20 % después del deducible
Visita al consultorio de atención especializada	\$105	\$85 después del deducible	20 % después del deducible
La mayoría de las radiografías	\$80 después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$55 después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible
MRI, TC, TEP	\$500 después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible
Cirugía para pacientes ambulatorios	40 % después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible
Consulta de salud mental	\$45 (terapia individual)	\$65 (terapia individual)	20 % después del deducible
Atención para pacientes hospitalizados			
Habitación y alimentos, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	40 % después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible
Maternidad			
Consulta de atención prenatal de rutina y primera consulta posparto	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Parto y consulta de bienestar infantil en el hospital	40 % después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible
Atención de emergencia y de urgencia			
Visita al Departamento de Emergencias	40 % después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible
Consulta de atención de urgencia	\$100	\$85 después del deducible	20 % después del deducible
Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)			
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$25 [†]	\$40 [†]	20 % después del deducible
La mayoría de los medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$75 después del deducible de farmacia de \$850 por miembro [†]	50 % después del deducible	20 % después del deducible
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	\$100 después del deducible de farmacia de \$850 por miembro [†]	50 % después del deducible	20 % después del deducible
Medicamentos especializados (Nivel 4)	\$150 después del deducible de farmacia de \$850 por miembro y por receta médica de 30 días	50 % después del deducible hasta un máximo de \$150 por receta médica de 30 días	20 % después del deducible hasta un máximo de \$150 por receta médica de 30 días
Salud integral			
Servicios de decisiones saludables	Los exámenes de la vista están incluidos en su plan. Visite nuestros centros ópticos para sus anteojos y lentes de contacto. Visite kp2020.org para obtener más información. Explore nuestra amplia gama de recursos de cuidado personal diseñados para ayudarle a que viva bien en mente, cuerpo y espíritu. Visite kp.org/selfcare (haga clic en "Español") para obtener más detalles.		

[†] Pedido por correo: suministro para 90 días de medicamentos recetados autorizados por el costo de un suministro para 60 días.

Este resumen del plan destaca los beneficios, copagos, coseguros y deducibles sobre los cuales se pregunta con más frecuencia. Consulte el *Acuerdo de Membresía (Membership Agreement)* y *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* para obtener los detalles completos sobre su plan o para conocer las limitaciones y exclusiones específicas. Para solicitar una copia del *Acuerdo de Membresía y Evidencia de Cobertura*, visite kp.org/plandocuments (en inglés), llámenos al **1-800-777-7902 (TTY 711)**, o comuníquese con su corredor de seguros. Para aquellos servicios que estén sujetos al deducible, usted tendrá que pagar los costos de atención médica de su bolsillo hasta alcanzar el deducible. El gasto máximo de bolsillo incluye el deducible anual. La mayoría de los copagos y coseguros contribuyen al gasto máximo de bolsillo.

Hay opciones de asistencia financiera disponibles para determinados planes, así como para los nativos de Alaska y los indios americanos en dchealthlink.com.

Resumen de beneficios	KP DC Silver Virtual Forward 4000	KP DC Standard Silver 4850 Ded/350 RxDed	KP DC Silver 3200 Ded/1200 RxDed/Vision	KP DC Gold Virtual Forward 2000
Tipo de plan	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible
Deducible de servicios médicos anual (individual/familiar)	\$4,000/\$8,000	\$4,850/\$9,700	\$3,200/\$6,400	\$2,000/\$4,000
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$8,000/\$16,000	\$8,850/\$17,700	\$8,350/\$16,700	\$5,450/\$10,900
Beneficios				
Atención virtual				
Consulta por chat, correo electrónico, teléfono y video, y consulta electrónica	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	Atención virtual sin cargo; primera consulta en persona sin cargo y consultas adicionales en persona \$55 después del deducible***	\$40	\$30 (no se aplica a los niños menores de 5 años)	Atención virtual sin cargo; primera consulta en persona sin cargo y consultas adicionales en persona \$50 después del deducible***
Visita al consultorio de atención especializada	\$75 después del deducible	\$80	\$60	\$70 después del deducible
La mayoría de las radiografías	30 % después del deducible	\$80	\$70	\$50 después del deducible
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$75 después del deducible	\$60	\$40	\$50 después del deducible
MRI, TC, TEP	30 % después del deducible	\$400	30 % después del deducible	\$150 después del deducible
Cirugía para pacientes ambulatorios	30 % después del deducible	20 % después del deducible	30 % después del deducible	\$200 después del deducible
Consulta de salud mental	Atención virtual sin cargo; primera consulta en persona sin cargo y consultas adicionales en persona \$55 después del deducible***	\$40 (terapia individual)	\$30 (terapia individual)	Atención virtual sin cargo; primera consulta en persona sin cargo y consultas adicionales en persona \$50 después del deducible***
Atención para pacientes hospitalizados				
Habitación y alimentos, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	30 % después del deducible	20 % después del deducible	30 % después del deducible	\$300 por día, hasta 3 días después del deducible*
Maternidad				
Consulta de atención prenatal de rutina y primera consulta posparto	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Parto y consulta de bienestar infantil en el hospital	30 % después del deducible	20 % después del deducible	30 % después del deducible	\$300 por día, hasta 3 días después del deducible*
Atención de emergencia y de urgencia				
Visita al Departamento de Emergencias	30 % después del deducible	\$400 después del deducible (el copago no se aplica si se le hospitaliza)	30 % después del deducible	\$200 después del deducible
Consulta de atención de urgencia	\$75 después del deducible	\$90	\$60	\$70 después del deducible
Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)				
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$10 ¹	\$20 ¹	\$20 ¹	\$5 ¹
La mayoría de los medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$50 después del deducible ¹	\$50 después del deducible de farmacia de \$350 por miembro ¹	\$60 después del deducible de farmacia de \$1,200 por miembro ¹	\$50 después del deducible ¹
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	50 % después del deducible	\$70 después del deducible de farmacia de \$350 por miembro ¹	30 % después del deducible de farmacia de \$1,200 por miembro	50 % después del deducible
Medicamentos especializados (Nivel 4)	50 % después del deducible hasta un máximo de \$150 por receta médica de 30 días	\$150 después del deducible de farmacia de \$350 por miembro por receta médica de 30 días	30 % después del deducible de farmacia de \$1,200 por miembro hasta un máximo de \$150 por receta médica de 30 días	50 % después del deducible hasta un máximo de \$150 por receta médica de 30 días
Salud integral				
Servicios de decisiones saludables	Los exámenes de la vista están incluidos en su plan. Visite nuestros centros ópticos para sus anteojos y lentes de contacto. Visite kp2020.org para obtener más información. Explore nuestra amplia gama de recursos de cuidado personal diseñados para ayudarle a que viva bien en mente, cuerpo y espíritu. Visite kp.org/selfcare (haga clic en "Español") para obtener más detalles.			

* Después de que se alcanza el máximo de días, no hay cargo por los servicios cubiertos relacionados con esta admisión.

¹ Pedido por correo: suministro para 90 días de medicamentos recetados autorizados por el costo de suministro para 60 días.

***Virtual Forward ofrece atención virtual sin cargo; incluye acceso ilimitado al chat con un enfermero, consultas en línea, a las consultas electrónicas, por correo electrónico, por teléfono y por video. La primera consulta en persona es sin cargo antes de que alcance su deducible, incluidas las consultas de atención primaria y las consultas de atención de salud mental para pacientes ambulatorios.

Este resumen del plan destaca los beneficios, copagos, coseguros y deducibles sobre los cuales se pregunta con más frecuencia. Consulte el *Acuerdo de Membresía y Evidencia de Cobertura* para obtener los detalles completos sobre su plan o para conocer las limitaciones y exclusiones específicas. Para solicitar una copia del *Acuerdo de Membresía y Evidencia de Cobertura*, visite kp.org/plandocuments, llámenos al 1-800-777-7902 (TTY 711), o comuníquese con su corredor de seguros. Para aquellos servicios que estén sujetos al deducible, usted tendrá que pagar los costos de atención médica de su bolsillo hasta alcanzar el deducible. El gasto máximo de bolsillo incluye el deducible anual. La mayoría de los copagos y coseguros contribuyen al gasto máximo de bolsillo.

Hay opciones de asistencia financiera disponibles para determinados planes, así como para los nativos de Alaska y los indios americanos en dchealthlink.com.

Resumen de beneficios	KP DC Gold 1600/25 %/HSA/Vision	KP DC Gold 1000 Ded/200 RxDed/Vision	KP DC Standard Gold 500/25/Vision	KP DC Gold 0 Ded/100 RxDed/Vision
Tipo de plan	Admite HSA	Deducible	Deducible	Copago
Deducible de servicios médicos anual (individual/familiar)	\$1,600 (plan solamente para el suscriptor) \$3,200/\$3,200 (plan familiar)**	\$1,000/\$2,000	\$500/\$1,000	Ninguno/Ninguno
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$5,000/\$10,000	\$6,950/\$13,900	\$5,800/\$11,600	\$7,150/\$14,300
Beneficios				
Atención virtual				
Consulta por chat, correo electrónico, teléfono y video, y consulta electrónica	Consulta por chat, correo electrónico, consulta electrónica: sin cargo Consulta por teléfono y videollamada: 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 (el copago no se aplica para los niños menores de 5 años)	\$20 (no se aplica a los niños menores de 5 años)	\$25	\$20 (no se aplica a los niños menores de 5 años)
Visita al consultorio de atención especializada	\$50 después del deducible	\$40	\$50	\$40
La mayoría de las radiografías	\$65 después del deducible	\$70	\$50	\$65
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$30 después del deducible	\$40	\$30	\$30
MRI, TC, TEP	25 % después del deducible	\$500	\$250	\$500
Cirugía para pacientes ambulatorios	25 % después del deducible	35 % después del deducible	\$500	Coseguro del 35 %
Consulta de salud mental	\$25 después del deducible (terapia individual)	\$20 (terapia individual)	\$25 (terapia individual)	\$20 (terapia individual)
Atención para pacientes hospitalizados				
Habitación y alimentos, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	25 % después del deducible	35 % después del deducible	\$600 por día, hasta 5 días después del deducible*	Coseguro del 35 %
Maternidad				
Consulta de atención prenatal de rutina y primera consulta posparto	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Parto y consulta de bienestar infantil en el hospital	25 % después del deducible	35 % después del deducible	\$600 por día, hasta 5 días después del deducible*	Coseguro del 35 %
Atención de emergencia y de urgencia				
Visita al Departamento de Emergencias	\$500 después del deducible (el copago no se aplica si se le hospitaliza)	\$500 (no se aplica si se le hospitaliza)	\$300 (no se aplica si se le hospitaliza)	\$500 (no se aplica si se le hospitaliza)
Consulta de atención de urgencia	\$50 después del deducible	\$40	\$60	\$40
Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)				
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$15 después del deducible†	\$10†	\$15†	\$15†
La mayoría de los medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$50 después del deducible†	\$55†	\$50†	\$55†
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	25 % después del deducible	35 % después del deducible de farmacia de \$200 por miembro	\$70†	35 % después del deducible de farmacia de \$100 por miembro
Medicamentos especializados (Nivel 4)	25 % después del deducible hasta un máximo de \$150 por receta médica de 30 días	35 % después del deducible de farmacia de \$200 por miembro hasta un máximo de \$150 por receta médica de 30 días	\$150 por receta médica de 30 días	35 % después del deducible de farmacia de \$100 por miembro hasta un máximo de \$150 por receta médica de 30 días
Salud integral				
Servicios de decisiones saludables	Los exámenes de la vista están incluidos en su plan. Visite nuestros centros ópticos para sus anteojos y lentes de contacto. Visite kp2020.org para obtener más información. Explore nuestra amplia gama de recursos de cuidado personal diseñados para ayudarlo a que viva bien en mente, cuerpo y espíritu. Visite kp.org/selfcare (haga clic en "Español") para obtener más detalles.			

* Después de que se alcanza el máximo de días, no hay cargo por los servicios cubiertos relacionados con esta admisión.

† Pedido por correo: suministro para 90 días de medicamentos recetados que califican al costo de un suministro para 60 días.

** Para el plan KP DC Gold 1600/25%/HSA/Vision, en un plan solamente para el suscriptor, el deducible individual es de \$1,600. En una versión familiar del plan KP DC Gold 1600/25 %/HSA/Vision, no hay un deducible individual de \$1,600. En su lugar, solo hay un deducible familiar de \$3,200, que pueden alcanzar uno o más miembros de la familia. Cuando la contribución combinada de todos los miembros de la familia cubiertos alcance el deducible aplicable de \$3,200, se cumplirá con el deducible de todos los miembros de la familia y dichos miembros empezarán a pagar solo los montos de los copagos y coseguros aplicables en lo que resta del año.

Este resumen del plan destaca los beneficios, copagos, coseguros y deducibles sobre los cuales se pregunta con más frecuencia. Consulte el *Acuerdo de Membresía y Evidencia de Cobertura* para obtener los detalles completos sobre su plan o para conocer las limitaciones y exclusiones específicas. Para solicitar una copia del *Acuerdo de Membresía y Evidencia de Cobertura*, visite kp.org/plandocuments, llámenos al 1-800-777-7902 (TTY 711), o comuníquese con su corredor de seguros. Para aquellos servicios que estén sujetos al deducible, usted tendrá que pagar los costos de atención médica de su bolsillo hasta alcanzar el deducible. El gasto máximo de bolsillo incluye el deducible anual. La mayoría de los copagos y coseguros contribuyen al gasto máximo de bolsillo.

Hay opciones de asistencia financiera disponibles para determinados planes, así como para los nativos de Alaska y los indios americanos en dchealthlink.com.

Resumen de beneficios	KP DC Gold Plus 0 Ded/100 RxDed/Vision	KP DC Standard Platinum 0/20/Vision	KP DC Catastrophic [‡] 9450 Ded/Vision
Tipo de plan	Copago	Copago	Deducible
Deducible de servicios médicos anual (individual/familiar)	Ninguno/Ninguno	Ninguno/Ninguno	\$9,450/\$18,900
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$7,150/\$14,300	\$2,000/\$4,000	\$9,450/\$18,900
Beneficios			
Atención virtual			
Consulta por chat, correo electrónico, teléfono y video, y consulta electrónica	Sin cargo ^{†††}	Sin cargo	Consulta por chat, correo electrónico, consulta electrónica: sin cargo Consulta por teléfono y videollamada: sin cargo después del deducible
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	\$20 (no se aplica a los niños menores de 5 años) ^{†††}	\$20	Las primeras 3 visitas al consultorio son gratuitas. ^{††} Las demás consultas no tienen costo después del deducible.
Visita al consultorio de atención especializada	\$40 ^{†††}	\$40	Sin cargo después del deducible
La mayoría de las radiografías	\$65 ^{†††}	\$40	Sin cargo después del deducible
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$30 ^{†††}	\$20	Sin cargo después del deducible
MRI, TC, TEP	\$500	\$150	Sin cargo después del deducible
Cirugía para pacientes ambulatorios	Coseguro del 35 %	\$250	Sin cargo después del deducible
Consulta de salud mental	\$20 (terapia individual) ^{†††}	\$20 (terapia individual)	Las primeras 3 visitas al consultorio son gratuitas. ^{††} Las demás consultas no tienen costo después del deducible.
Atención para pacientes hospitalizados			
Habitación y alimentos, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	Coseguro del 35 %	\$250 por día hasta 5 días*	Sin cargo después del deducible
Maternidad			
Consulta de atención prenatal de rutina y primera consulta posparto	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Parto y consulta de bienestar infantil en el hospital	Coseguro del 35 %	\$250 por día hasta 5 días*	Sin cargo después del deducible
Atención de emergencia y de urgencia			
Visita al Departamento de Emergencias	\$500 (no se aplica si se le hospitaliza)	\$150 (no se aplica si se le hospitaliza)	Sin cargo después del deducible
Consulta de atención de urgencia	\$40	\$40	Sin cargo después del deducible
Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)			
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$15 ^{††††}	\$5 [†]	Sin cargo después del deducible
La mayoría de los medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$55 ^{††††}	\$15 [†]	Sin cargo después del deducible
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	35 % después del deducible de farmacia de \$100 por miembro ^{†††}	\$25 [†]	Sin cargo después del deducible
Medicamentos especializados (Nivel 4)	35 % después del deducible de farmacia de \$100 por miembro hasta un máximo de \$150 por receta médica de 30 días ^{†††}	\$100 por receta médica de 30 días	Sin cargo después del deducible
Salud integral			
Servicios de decisiones saludables	Los exámenes de la vista están incluidos en su plan. Visite nuestros centros ópticos para sus anteojos y lentes de contacto. Visite kp2020.org para obtener más información. Explore nuestra amplia gama de recursos de cuidado personal diseñados para ayudarle a que viva bien en mente, cuerpo y espíritu. Visite kp.org/selfcare (haga clic en "Español") para obtener más detalles.		

* Después de que se alcanza el máximo de días, no hay cargo por los servicios cubiertos relacionados con esta admisión.

[†] Pedido por correo: suministro de 90 días de medicamentos recetados autorizados por el costo de un suministro de 60 días.

[‡] Únicamente los solicitantes menores de 30 años o los solicitantes mayores de 30 años que presenten un certificado del Mercado de Seguros Médicos del Distrito de Columbia que demuestre dificultades económicas o la falta de cobertura asequible pueden comprar un plan KP DC Catastrophic.

^{††} El plan KP DC Catastrophic incluye tres visitas al consultorio sin cargo antes de alcanzar el deducible. Las visitas al consultorio incluyen consultas de atención primaria o de salud mental para pacientes ambulatorios.

^{†††} Con KP Plus tiene cobertura para un máximo de 10 visitas médicas ambulatorias fuera de la red por año, incluidas visitas al consultorio médico, servicios de laboratorio y radiología, y hasta 5 resurtidos en farmacias fuera de la red. Los pagos fuera de la red no se acumulan para alcanzar los deducibles del plan o el 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 de Membresía y Evidencia de Cobertura* para obtener los detalles completos sobre su plan o para conocer las limitaciones y exclusiones específicas. Para solicitar una copia del *Acuerdo de Membresía y Evidencia de Cobertura*, visite kp.org/plandocuments, llámenos al **1-800-777-7902 (TTY 711)**, o comuníquese con su corredor de seguros. Para aquellos servicios que estén sujetos al deducible, usted tendrá que pagar los costos de atención médica de su bolsillo hasta alcanzar el deducible. El gasto máximo de bolsillo incluye el deducible anual. La mayoría de los copagos y coseguros contribuyen al gasto máximo de bolsillo.

Planes de Reducción del Costo Compartido (CSR)

Tiene que cumplir con los requisitos e inscribirse en los planes de Reducción del Costo Compartido (Cost Share Reduction, CSR) en esta página por medio de dchealthlink.com.

Resumen de beneficios	KP DC Silver Virtual Forward 2500/CSR	KP DC Silver Virtual Forward 750/ CSR	KP DC Silver Virtual Forward 100/ CSR	KP DC Standard Silver 4100 Ded/350 RxDed/ CSR	KP DC Standard Silver 150 Ded/CSR
Tipo de plan	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible
Deducible de servicios médicos anual (individual/familiar)	\$2,500/\$5,000	\$750/\$1,500	\$100/\$200	\$4,100/\$8,200	\$150/\$300
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$7,550/\$15,100	\$2,100/\$4,200	\$850/\$1,700	\$7,250/\$14,500	\$3,150/\$6,300
Beneficios					
Atención virtual					
Consulta por chat, correo electrónico, teléfono y video, y consulta electrónica	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Atención preventiva					
Examen físico de rutina, mamografías, etc.	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Servicios para pacientes ambulatorios (por consulta o procedimiento)					
Visita al consultorio de atención médica primaria	Atención virtual sin cargo; la primera consulta en persona es sin cargo y las consultas adicionales en persona, \$45 después del deducible***	Atención virtual sin cargo; primera consulta en persona sin cargo y consultas adicionales en persona \$35 después del deducible***	Atención virtual sin cargo; primera consulta en persona sin cargo y consultas adicionales en persona \$25 después del deducible***	\$40	\$25
Visita al consultorio de atención especializada	\$65 después del deducible	\$55 después del deducible	\$45 después del deducible	\$75	\$40
La mayoría de las radiografías	20 % después del deducible	10 % después del deducible	5 % después del deducible	\$80	\$50
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$65 después del deducible	\$55 después del deducible	\$45 después del deducible	\$60	\$35
MRI, TC, TEP	20 % después del deducible	10 % después del deducible	5 % después del deducible	\$400	\$150
Cirugía para pacientes ambulatorios	20 % después del deducible	10 % después del deducible	5 % después del deducible	20 % después del deducible	20 % después del deducible
Consulta de salud mental	Atención virtual sin cargo; la primera consulta en persona es sin cargo y las consultas adicionales en persona, \$45 después del deducible***	Atención virtual sin cargo; primera consulta en persona sin cargo y consultas adicionales en persona \$35 después del deducible***	Atención virtual sin cargo; primera consulta en persona sin cargo y consultas adicionales en persona \$25 después del deducible***	\$40 (terapia individual)	\$25 (terapia individual)
Atención para pacientes hospitalizados					
Habitación y alimentos, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	20 % después del deducible	10 % después del deducible	5 % después del deducible	20 % después del deducible	20 % después del deducible
Maternidad					
Consulta de atención prenatal de rutina y primera consulta posparto	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Parto y consulta de bienestar infantil en el hospital	20 % después del deducible	10 % después del deducible	5 % después del deducible	20 % después del deducible	20 % después del deducible
Atención de emergencia y de urgencia					
Visita al Departamento de Emergencias	20 % después del deducible	10 % después del deducible	5 % después del deducible	\$400 después del deducible (el copago no se aplica si se le hospitaliza)	\$250 después del deducible (el copago no se aplica si se le hospitaliza)
Consulta de atención de urgencia	\$65 después del deducible	\$55 después del deducible	\$45 después del deducible	\$75	\$40
Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)					
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$10 [†]	\$10 [†]	\$3 [†]	\$20 [†]	\$15 [†]
La mayoría de los medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$50 después del deducible [†]	\$30 después del deducible [†]	\$20 después del deducible [†]	\$50 después del deducible de farmacia de \$350 por miembro [†]	\$50 [†]
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	50 % después del deducible	20 % después del deducible	5 % después del deducible	\$70 después del deducible de farmacia de \$350 por miembro [†]	\$70 [†]
Medicamentos especializados (Nivel 4)	50 % después del deducible hasta un máximo de \$150 por receta médica de 30 días	20 % después del deducible hasta un máximo de \$150 por receta médica de 30 días	5 % después del deducible hasta un máximo de \$150 por receta médica de 30 días	\$150 después del deducible de farmacia de \$350 por miembro por receta médica de 30 días	\$150 por receta médica de 30 días
Salud integral					
Servicios de decisiones saludables	Los exámenes de la vista están incluidos en su plan. Visite nuestros centros ópticos para sus anteojos y lentes de contacto. Visite kp2020.org para obtener más información. Explore nuestra amplia gama de recursos de cuidado personal diseñados para ayudarle a que viva bien en mente, cuerpo y espíritu. Visite kp.org/selfcare (haga clic en "Español") para obtener más detalles.				

[†] Pedido por correo: suministro para 90 días de medicamentos recetados autorizados por el costo de un suministro para 60 días.

*** Virtual Forward ofrece atención virtual sin cargo; incluye acceso ilimitado al chat con un enfermero, a las consultas electrónicas, por correo electrónico, por teléfono y por video.

La primera consulta en persona es sin cargo antes de que alcance su deducible, incluidas las consultas de atención primaria y las consultas de atención de salud mental para pacientes ambulatorios.

Este resumen del plan destaca los beneficios, copagos, coseguros y deducibles sobre los cuales se pregunta con más frecuencia. Consulte el *Acuerdo de Membresía y Evidencia de Cobertura* para obtener los detalles completos sobre su plan o para conocer las limitaciones y exclusiones específicas. Para solicitar una copia del *Acuerdo de Membresía y Evidencia de Cobertura*, visite kp.org/plandocuments, llámenos al 1-800-777-7902 (TTY 711), o comuníquese con su corredor de seguros. Para aquellos servicios que estén sujetos al deducible, usted tendrá que pagar los costos de atención médica de su bolsillo hasta alcanzar el deducible. El gasto máximo de bolsillo incluye el deducible anual. La mayoría de los copagos y coseguros contribuyen al gasto máximo de bolsillo.

Planes de Reducción del Costo Compartido (CSR)

Tiene que cumplir con los requisitos e inscribirse en los planes CSR en esta página por medio de dhealthlink.com.

Resumen de beneficios	KP DC Standard Silver 0 Ded/CSR	KP DC Silver 3100 Ded/1100 RxDed/CS Vision	KP DC Silver 0 Ded/30 RxDed/CSR/Vision	KP DC Silver 0 Ded/CSR/Vision
Tipo de plan	Copago	Deducible	Copago	Copago
Deducible de servicios médicos anual (individual/familiar)	Ninguno/Ninguno	\$3,100/\$6,200	Ninguno/Ninguno	Ninguno/Ninguno
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$2,600/\$5,200	\$7,250/\$14,500	\$3,000/\$6,000	\$2,200/\$4,400
Beneficios				
Atención virtual				
Consulta por chat, correo electrónico, teléfono y video, y consulta electrónica	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	\$5	\$30 (no se aplica a los niños menores de 5 años)	\$10 (no se aplica a los niños menores de 5 años)	\$5 (no se aplica a los niños menores de 5 años)
Visita al consultorio de atención especializada	\$10	\$55	\$40	\$15
La mayoría de las radiografías	\$5	\$70	\$40	\$20
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$5	\$40	\$40	\$5
MRI, TC, TEP	\$50	30 % después del deducible	Coseguro del 30 %	Coseguro del 10 %
Cirugía para pacientes ambulatorios	Coseguro del 10 %	30 % después del deducible	Coseguro del 30 %	Coseguro del 10 %
Consulta de salud mental	\$5	\$30 (terapia individual)	\$10 (terapia individual)	\$5 (terapia individual)
Atención para pacientes hospitalizados				
Habitación y alimentos, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	Coseguro del 10 %	30 % después del deducible	Coseguro del 30 %	Coseguro del 10 %
Maternidad				
Consulta de atención prenatal de rutina y primera consulta posparto	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Parto y consulta de bienestar infantil en el hospital	Coseguro del 10 %	30 % después del deducible	Coseguro del 30 %	Coseguro del 10 %
Atención de emergencia y de urgencia				
Visita al Departamento de Emergencias	\$250 (no se aplica si se le hospitaliza)	30 % después del deducible	Coseguro del 30 %	Coseguro del 10 %
Consulta de atención de urgencia	\$10	\$55	\$40	\$15
Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)				
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$5 [†]	\$17 [†]	\$10 [†]	\$5 [†]
La mayoría de los medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$10 [†]	\$60 después del deducible de farmacia de \$1100 por miembro [†]	\$60 [†]	\$10 [†]
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	\$35 [†]	30 % después del deducible de farmacia de \$1100 por miembro	30 % después del deducible de farmacia de \$30 por miembro	Coseguro del 10 %
Medicamentos especializados (Nivel 4)	\$100 por receta médica de 30 días	30 % después del deducible de farmacia de \$1100 por miembro hasta un máximo de \$150 por receta médica de 30 días	30 % después del deducible de farmacia de \$30 por miembro hasta un máximo de \$150 por receta médica de 30 días	10 % hasta un máximo de \$150 por receta médica de 30 días
Salud integral				
Servicios de decisiones saludables	Los exámenes de la vista están incluidos en su plan. Visite nuestros centros ópticos para sus anteojos y lentes de contacto. Visite kp2020.org para obtener más información. Explore nuestra amplia gama de recursos de cuidado personal diseñados para ayudarle a que viva bien en mente, cuerpo y espíritu. Visite kp.org/selfcare (haga clic en "Español") para obtener más detalles.			

[†] Pedido por correo: suministro para 90 días de medicamentos recetados autorizados por el costo de un suministro para 60 días.

Este resumen del plan destaca los beneficios, copagos, coseguros y deducibles sobre los cuales se pregunta con más frecuencia. Consulte el *Acuerdo de Membresía y Evidencia de Cobertura* para obtener los detalles completos sobre su plan o para conocer las limitaciones y exclusiones específicas. Para solicitar una copia del *Acuerdo de Membresía y Evidencia de Cobertura*, visite kp.org/plandocuments, llámenos al **1-800-777-7902** (TTY **711**), o comuníquese con su corredor de seguros. Para aquellos servicios que estén sujetos al deducible, usted tendrá que pagar los costos de atención médica de su bolsillo hasta alcanzar el deducible. El gasto máximo de bolsillo incluye el deducible anual. La mayoría de los copagos y coseguros contribuyen al gasto máximo de bolsillo.

Encuentre su tarifa



Presente su solicitud en buykp.org/apply (haga clic en "Español") para que su tarifa se calcule automáticamente.

¿Cómo se determina la tarifa?

Su tarifa se basa en lo siguiente:

- El plan que elija.
- Dónde vive, según su condado y código postal.
- Su edad en la fecha de inicio de su plan (fecha de vigencia).
- Si califica para recibir asistencia financiera federal. Visite buykp.org/apply (haga clic en "Español") o llámenos al **1-800-494-5314** para ver si puede calificar.

¿Le interesa un plan familiar?

Encuentre la tarifa para cada miembro de la familia, de acuerdo con su edad en la fecha de inicio del plan.

Entre los miembros de la familia se incluyen a las siguientes personas:

- usted
- su cónyuge o pareja doméstica
- todos los hijos adultos de 21 a 25 años
- sus 3 hijos mayores de menos de 21 años

Si tiene más de 3 hijos menores de 21 años, solo tendrá que pagar por los 3 mayores. Los demás hijos menores de 21 años están cubiertos sin cargo.

Compruebe si su código postal aparece a continuación. Si no está, llámenos al **1-800-494-5314** para obtener información sobre las tarifas en otras áreas.

Códigos postales para Washington, D.C.

20001-13	20242-33	20330	20463
20015-20	20245	20340	20468-70
20022	20247-42	20350	20472
20024	20244-45	20355	20500-11
20026-27	20250-52	20370	20515
20029-30	20254	20372-76	20520-31
20032-33	20260-62	20380	20533-44
20035-45	20265-66	20388-95	20546-49
20047	20268	20398	20551-55
20049-50	20270	20401-29	20557
20052-53	20277	20431	20559-60
20055-71	20289	20433-37	20565-66
20073-78	20299	20439-42	20570-73
20080-82	20301	20444	20575-81
20090-91	20303	20447	20585-86
20201-04	20306	20451	20590-91
20206-08	20310	20453	20593-94
20210-24	20314	20456	20597
20226-30	20317-19	20460	20599

Centros de atención médica de Kaiser Permanente



Nuestra meta es que sea lo más fácil y conveniente posible para usted obtener la atención que necesita cuando la necesite. Consulte el mapa a continuación o visite kp.org/facilities (haga clic en "Español") para encontrar el centro de atención más cercano.

Maryland

- 1 Abingdon Medical Center
- 2 Annapolis Medical Center
- 3 **PRÓXIMA UBICACIÓN**
Medical Center in Aspen Hill
- 4 Kaiser Permanente Baltimore Harbor Medical Center
- 5 Bowie Fairwood Medical Center
- 6 Camp Springs Medical Center
- 7 Columbia Gateway Medical Center
- 8 Kaiser Permanente Frederick Medical Center
- 9 Gaithersburg Medical Center
- 10 Kensington Medical Center
- 11 Largo Medical Center
- 12 Lutherville-Timonium Medical Center
- 13 Marlow Heights Medical Center
- 14 North Arundel Medical Center
- 15 Shady Grove Medical Center
- 16 Silver Spring Medical Center
- 17 South Baltimore County Medical Center
- 18 **PRÓXIMA UBICACIÓN**
Medical Center in Waldorf
- 19 **well** Friendship Heights
by KAI SER PERMANENTE
- 20 West Hyattsville Medical Center
- 21 White Marsh Medical Center
- 22 Woodlawn Medical Center

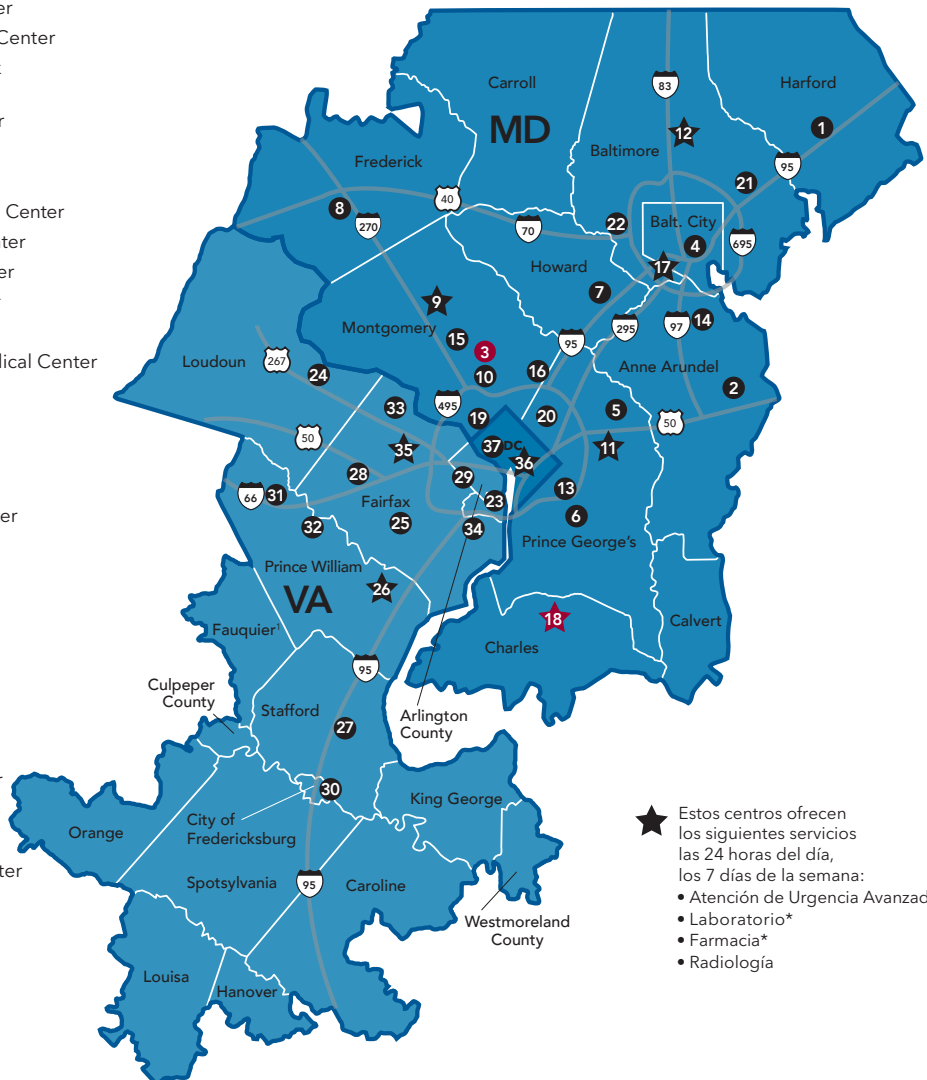
Virginia

- 23 Alexandria Medical Center
- 24 Ashburn Medical Center
- 25 Burke Medical Center
- 26 Caton Hill Medical Center
- 27 Colonial Forge Medical Center
- 28 Fair Oaks Medical Center
- 29 Falls Church Medical Center
- 30 Fredericksburg Medical Center
- 31 Haymarket Crossroads Medical Center
- 32 Manassas Medical Center

- 33 Reston Medical Center
- 34 Springfield Medical Center
- 35 Tysons Corner Medical Center

Washington, DC

- 36 Kaiser Permanente Capitol Hill Medical Center
- 37 Northwest DC Medical Office Building



- ★ Estos centros ofrecen los siguientes servicios las 24 horas del día, los 7 días de la semana:
- Atención de Urgencia Avanzada
 - Laboratorio*
 - Farmacia*
 - Radiología

*Horario de atención extendido en farmacia para Gaithersburg y Lutherville-Trimonium, y horario de atención extendido en laboratorios para Tysons Corner. Para ver la lista más actualizada de las instalaciones y los servicios disponibles, ingrese a kp.org/facilities (haga clic en "Español").

*El área de servicio de Kaiser Permanente incluye los siguientes códigos postales en el condado de Fauquier: 20115, 20116, 20117, 20119, 20128, 20137, 20138, 20139, 20140, 20144, 20181, 20184, 20185, 20186, 20187, 20188, 20198, 22406, 22556, 22639, 22642, 22643, 22720, 22728, y 22739.

Beneficios, Exclusiones y Limitaciones

Exclusiones Médicas

Esta disposición proporciona información sobre los servicios que no pagaremos, independientemente de si el servicio es o no necesario desde el punto de vista médico.

Cuando un servicio no está cubierto, quedan excluidos de la cobertura todos los servicios, medicamentos o suministros relacionados con el servicio no cubierto, excepto los servicios que de otra forma cubriríamos para tratar complicaciones graves del servicio no cubierto.

Por ejemplo, si le realizan una cirugía estética no cubierta, no cubrimos los servicios que usted recibe durante la preparación para la cirugía ni durante la atención de seguimiento. Si luego sufre una complicación que ponga en riesgo su vida, como una infección grave, esta exclusión no se aplicaría y cubriríamos cualquier servicio que de otra forma estaría cubierto para tratar la complicación.

Los siguientes servicios están excluidos de la cobertura:

1. **Ciertos servicios médicos alternativos**, excepto cuando se usan para la anestesia, los servicios de acupuntura y cualquier otro servicio de un acupunturista, naturópata y terapeuta de masajes.
2. **Ciertos exámenes y servicios**: exámenes físicos y otros servicios:
 - a. necesarios para conseguir o conservar el empleo o para participar en programas para empleados;
 - b. necesarios para obtener determinaciones sobre seguros, licencias o incapacidad;
 - c. solicitados por orden judicial o necesarios para obtener libertad condicional o un periodo de prueba.
3. **Servicios estéticos**, incluidos la cirugía o los servicios relacionados, y otros servicios con fines estéticos para mejorar la apariencia, pero no para restaurar una función del organismo o corregir la deformidad resultante de una enfermedad, traumatismo o anomalías congénitas o del desarrollo. Ejemplos de servicios estéticos incluyen, entre otros, la dermatología estética, los servicios quirúrgicos estéticos y los servicios dentales estéticos.
4. **Atención de custodia**, se refiere a la ayuda para las actividades de la vida diaria (por ejemplo: caminar, acostarse y levantarse de la cama, bañarse, vestirse, comer, ir al baño y tomar medicamentos) o la atención que pueden brindar de manera segura y eficaz personas que, para hacerlo, no necesitan títulos o certificados médicos ni la supervisión de un enfermero titulado.
5. **Suministros desechables** para uso doméstico, como vendajes, gasas, cinta adhesiva, antisépticos, apósitos y vendajes elásticos.
6. **Equipo médico duradero**, a excepción del equipo que cubriríamos específicamente.
7. **Responsabilidad del empleador o del gobierno**: La responsabilidad financiera de pagar los servicios que un empleador o agencia gubernamental tiene la obligación legal de proporcionar.
8. **Servicios experimentales o de investigación**: Un servicio es experimental o de investigación para su condición si es posible hacer alguna de las siguientes afirmaciones en el momento en el que usted reciba o recibirá el servicio:

- a. No puede ponerse a la venta legalmente en los Estados Unidos sin la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) federal y no se le ha otorgado esa aprobación.
- b. Actualmente está sujeto a la aplicación de un nuevo medicamento o dispositivo en los archivos de la FDA, y la FDA no le ha otorgado su aprobación.
- c. Está sujeto a la aprobación o revisión de una Junta de Revisión Institucional (Institutional Review Board, "IRB") del centro de atención que aprueba o revisa la investigación en cuanto a la seguridad, toxicidad o eficiencia del servicio.
- d. Es el sujeto de un protocolo escrito usado por el centro de tratamiento para la investigación, ensayos clínicos y otras pruebas o estudios para evaluar su seguridad, efectividad, toxicidad o eficacia, tal como se muestra en el protocolo mismo o en el formulario de consentimiento por escrito que usa el centro de atención.

Para determinar si un servicio es experimental o de investigación, se dependerá exclusivamente de las siguientes fuentes de información:

- a. su historia clínica;
- b. los protocolos escritos u otros documentos según los cuales el servicio se haya proporcionado o se vaya a proporcionar;
- c. todos los documentos de autorización que usted o su representante hayan firmado o vayan a firmar con la finalidad de recibir el servicio;
- d. los expedientes y registros de la IRB o de alguna otra organización similar que aprueben o describan la investigación en la institución en la que el servicio haya sido proporcionado o vaya a proporcionarse, y cualquier otra

información relacionada con la autoridad o las acciones de la IRB o alguna otra organización similar;

- e. los escritos médicos o científicos publicados sobre el servicio, como se hayan aplicado a su enfermedad o lesión;
- f. regulaciones, registros, solicitudes y cualquier otro documento o acción emitido por, presentado con o tomado por la FDA, la Oficina de Evaluación Tecnológica u otras agencias dentro del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o cualquier agencia estatal que realice funciones similares.

Consultaremos a nuestro grupo médico y luego usaremos los criterios que se describen anteriormente para decidir si un servicio en particular es experimental o de investigación.

9. Aparatos prostéticos y ortopédicos externos: Los servicios y suministros para dispositivos protésicos y ortopédicos externos.

10. Servicios de infertilidad:

- a. Los servicios para la inseminación artificial o fecundación in vitro, o cualquier otro medio artificial o quirúrgico de concepción, incluido cualquier medicamento que se administre en relación con dichos procedimientos.
- b. Cualquier servicio o suministro proporcionado a una persona no cubierta por cualquier plan de salud en relación con un embarazo por maternidad subrogada o gestacional (incluido, entre otros, una mujer que da a luz a un bebé para una pareja infértil).
- c. Medicamentos que se usan para tratar la infertilidad.

11. Referencias prohibidas: Pago de cualquier reclamo, factura u otro pedido o solicitud de pago por servicios cubiertos que se determine que se hizo como resultado de una referencia prohibida por ley.

12. Servicios para miembros bajo custodia de los oficiales del orden público: Los servicios de proveedores fuera del plan proporcionados u coordinados por instituciones de justicia penal para los miembros bajo la custodia de oficiales del orden público, a menos que los servicios estén cubiertos como servicios de emergencia.

13. Gastos de viaje y hospedaje, a excepción de los que se presenten en algunas situaciones, si un médico del plan lo refiere a un proveedor fuera de nuestra área de servicio, podríamos pagar ciertos gastos que autorizamos previamente de acuerdo con nuestras pautas de viaje y hospedaje.

14. Seguro de los trabajadores o responsabilidad civil del empleador: Cualquier enfermedad o lesión relacionada con el empleo o autoempleo, incluida cualquier enfermedad o lesión que surja debido a, o en el curso de, cualquier trabajo de paga o por ganancia, a menos que otra fuente de cobertura o reembolso esté disponible para usted para los servicios o suministros. Las fuentes de cobertura o reembolso pueden incluir a su empleador, el seguro de los trabajadores o una enfermedad ocupacional o programa similar bajo la ley local, estatal o federal. Una fuente de cobertura de reembolso se considerará disponible para usted incluso si renunció a su derecho a pago de esa fuente. Si también está cubierto bajo una ley de seguro de los trabajadores o una ley similar, y envía pruebas de que no está cubierto por una enfermedad o lesión particular conforme a dicha ley, esa enfermedad o lesión se considerará "no ocupacional" sin importar la causa.

1. un desastre importante;
2. una epidemia;
3. una guerra;
4. disturbios;
5. insurrección civil;
6. incapacidad de una gran parte del personal de un hospital o centro médico del plan;
7. la destrucción total o parcial de las instalaciones.

Un disturbio es un altercado público que involucra un grupo de cinco (5) o más personas que por medio de una conducta violenta y tumultuosa o la amenaza de los mismos, crean un peligro serio de dañar o lastimar propiedades o personas. Una exclusión o limitación por un disturbio se deberá aplicar solo cuando una persona voluntariamente participe en un disturbio o incite o invite a otras personas a participar en un disturbio de forma deliberada.

En el caso de que no podamos proporcionar servicios, nosotros, Kaiser Foundation Hospitals, el grupo médico y los médicos del plan del grupo médico de Kaiser Permanente solo seremos responsables del reembolso de los gastos necesarios en los que incurra un miembro al adquirir los servicios por medio de otros proveedores, en la medida establecida por el comisionado de seguros.

Por motivos personales, algunos miembros podrían negarse a aceptar los servicios recomendados por su médico del plan para una condición en particular. Si usted se niega a aceptar los servicios recomendados por su médico del plan, él o ella le informará si no hay otra alternativa aceptable desde el punto de vista profesional. Usted puede obtener una segunda opinión de otro médico del plan. Si usted aún se niega a aceptar los servicios recomendados, nosotros y los proveedores del plan no tenemos más responsabilidad de proporcionar o cubrir ningún tratamiento alternativo que usted pudiera solicitar para esa afección.

Limitaciones Médicas

Haremos todo lo posible por proporcionar o coordinar sus servicios de atención médica en caso de circunstancias inusuales por motivos como:

Exclusiones de Farmacia

No cubrimos:

1. Los medicamentos para los cuales la ley no exige una receta, a excepción de los medicamentos sin receta que son recetados por un proveedor del plan y que se mencionan en nuestra Lista de medicamentos recetados disponibles.
2. Medicamentos para los cuales hay un medicamento de venta libre que es el equivalente químico idéntico (es decir, el mismo ingrediente activo y la misma dosis) del medicamento recetado, a menos que lo prohíban las leyes federales o estatales encargadas de los beneficios esenciales para la salud.
3. Las preparaciones de compuestos que no contengan al menos un ingrediente que requiera receta médica y que no se mencionen en nuestra Lista de medicamentos recetados disponibles.
4. Los medicamentos obtenidos en una farmacia fuera del plan, excepto cuando el medicamento se receta durante una consulta de atención de emergencia o de urgencia en la que se prestan servicios cubiertos o asociados con una referencia autorizada cubierta fuera del área de servicio.
5. Los medicamentos para llevar a casa recibidos en un hospital, un centro de enfermería especializada u otro centro similar.
6. Los medicamentos que no se mencionan en nuestra Lista de medicamentos recetados disponibles.
7. Los medicamentos que se consideran experimentales o de investigación.
8. Los medicamentos que por ley el miembro no está obligado a pagar o que no se cobren.
9. Sangre o productos derivados de la sangre.
10. Los medicamentos o preparaciones dermatológicas, ungüentos, lociones y cremas recetados con fines cosméticos, incluidos, entre otros, los medicamentos que se usan para retardar o revertir los efectos del envejecimiento de la piel o para el tratamiento de hongos en las uñas o la caída del cabello.
11. Alimentos médicos.
12. Los medicamentos para paliar y manejar una enfermedad terminal si son proporcionados por una agencia de cuidados paliativos autorizada a un miembro que participe en nuestro programa de cuidados paliativos.
13. El reemplazo de recetas necesario por robo o pérdida.
14. Medicamentos recetados y accesorios que son necesarios para los servicios que no cubrimos.
15. El embalaje especial (por ejemplo, envases tipo blíster, dosis unitarias o de unidad de uso) que sea diferente al embalaje estándar de nuestros medicamentos recetados.
16. Formulaciones o métodos de administración alternativos que son:
 - a. diferentes a nuestra formulación o método de entrega de medicamentos recetados;
 - b. considerados no necesarios desde el punto de vista médico.
17. El equipo médico duradero, los aparatos protésicos u ortopédicos y sus suministros, incluidos: medidores de flujo máximo, nebulizadores y espaciadores; y suministros para ostomía y urología.
18. Los medicamentos y dispositivos que se proporcionen durante una estancia cubierta en un hospital o centro de enfermería especializada o que requieran la administración o la observación por parte del personal médico y que sean proporcionados en un consultorio médico o durante las visitas en el hogar. Esto incluye el equipo y los suministros asociados con la administración de un medicamento.
19. Vendaje o apósitos.

20. Equipos y suministros para la diabetes.
21. La terapia de la hormona de crecimiento para el tratamiento en adultos mayores de 18 años, excepto cuando la indique un médico del plan, de conformidad con las pautas clínicas para adultos.
22. Las inmunizaciones y vacunas que sean necesarias únicamente para viajar.
23. Cualquier producto de medicamentos recetados que sea terapéuticamente equivalente a un medicamento de venta libre, sujeto a la revisión y determinación del Comité de Farmacia y Terapéutica.
24. Los medicamentos para el control del peso.
25. Los medicamentos para el tratamiento de trastornos relacionados con la disfunción sexual, como la disfunción eréctil.
26. Los medicamentos recetados para el tratamiento de la infertilidad.

El Comité de Farmacia y Terapéutica del plan de salud establece limitaciones de dispensación de acuerdo con las pautas terapéuticas basadas en la literatura médica y las investigaciones. El Comité también se reúne periódicamente para considerar agregar y eliminar medicamentos recetados de la Lista de medicamentos recetados disponibles. Si desea saber si algún medicamento en particular está incluido en nuestra Lista de medicamentos recetados disponibles, visítenos en línea en:

https://healthy.kaiserpermanente.org/static/health/pdfs/formulary/mid/mid_exchange_formulary.pdf (en inglés).

También puede comunicarse con Servicio a los Miembros, de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 9 p. m. al **1-800-777-7902** o **711** (TTY).

Limitaciones de Farmacia

En el caso de los medicamentos recetados por dentistas, la cobertura se limita a antibióticos y medicamentos para aliviar el dolor que estén incluidos en nuestra Lista de medicamentos recetados disponibles y que se compren en una farmacia del plan, a menos que se cumplan los requisitos para recibir cobertura de medicamentos no preferidos.

En caso de emergencia civil o escasez de uno o más medicamentos recetados, podríamos limitar la disponibilidad previa consulta con nuestro Departamento de Manejo de Emergencias del plan de salud o con nuestro Comité de Farmacia y Terapéutica. Si se limita, se aplicará el costo compartido correspondiente por medicamento recetado. Sin embargo, el miembro podrá presentar un reclamo por la diferencia que haya entre el costo compartido de una receta completa y el costo compartido proporcional de la cantidad efectivamente recibida.

A excepción de los medicamentos de mantenimiento, los miembros están limitados a obtener un suministro de hasta treinta (30) días de medicamentos que no sean anticonceptivos y se les cobrará el costo compartido correspondiente según:

- a. la dosis prescrita;
- b. el tamaño estándar del paquete del fabricante;
- c. los límites de surtido especificados.

Para los medicamentos de mantenimiento, los miembros pueden obtener un suministro de hasta noventa (90) días con una sola receta, cuando lo autorice el proveedor del plan que receta, un dentista o un médico de referencia. Esto no se aplica a la primera receta o cambio en una receta. El suministro diario se basa en:

- a. la dosis prescrita;
- b. el tamaño estándar del paquete del fabricante;
- c. los límites de surtido especificados.

Exclusiones Dentales

Las siguientes exclusiones se aplican a los servicios dentales cubiertos para los niños menores de diecinueve (19) años:

1. Cualquier procedimiento no enlistado en este plan.
2. Servicios que, según la opinión del dentista a cargo, no son necesarios para la salud dental del miembro.

3. Procedimientos o servicios dentales realizados únicamente para fines estéticos o que no son necesarios desde el punto de vista dental o médico; a menos que el miembro haya comprado el plan estético adicional Ortho Plus y los servicios están dentro de las pautas de beneficios enlistadas en el plan estético Ortho Plus.
4. Cualquier servicio o aparato dental que se haya determinado que no es razonable o necesario para mantener o mejorar su salud dental o la de su dependiente, según lo determinado por el plan con base en los estándares de atención generalmente aceptados.
5. Para los procedimientos electivos, incluida la extracción profiláctica de los terceros molares.
6. Reemplazo de dentaduras, coronas, aparatos o puentes que se perdieron, fueron robados o dañados.
7. Servicios dentales proporcionados o pagados por una agencia o autoridad del gobierno federal o estatal, una subdivisión política u otro programa que no sea Medicaid o Medicare.
8. Tratamiento requerido debido a un accidente causado por una fuerza externa o autoinfligido intencionalmente, a menos que se indique lo contrario como servicio cubierto.
9. Los servicios que restauran la estructura dental debido a desgaste, erosión o abrasión no están cubiertos.
10. Procedimientos experimentales o servicios de investigación, incluido cualquier tratamiento, terapia, procedimiento o medicamento o uso de medicamentos, uso de instalaciones o instalaciones, uso de equipos o equipos, uso de dispositivos o dispositivos, o suministro que no esté reconocido como conforme a los estándares profesionales generalmente aceptados o para los cuales no se ha determinado la seguridad y eficiencia para su uso en el tratamiento para el cual se recomienda o prescribe el artículo en servicio en cuestión.
11. Los procedimientos, aparatos o restauración para corregir malformaciones congénitas o del desarrollo no son beneficios cubiertos.
12. Gastos dentales incurridos en relación con cualquier procedimiento dental iniciado después de la terminación de la cobertura o antes de la fecha en que el miembro se volvió elegible para dichos servicios.
13. Servicios dentales que se reciben en un entorno de atención de emergencia para condiciones que no son emergencias si el suscriptor, razonablemente, debería haber sabido que no existía una situación de atención de emergencia.
14. Brackets compuestos o de cerámica, adaptación lingual de bandas ortodónticas y otras alternativas especializadas o estéticas en lugar de aparatos de ortodoncia estándar, fijos y extraíbles. Los servicios de Invisalign están excluidos de los beneficios de ortodoncia.
15. Citas interrumpidas a menos que estén cubiertas específicamente.

Atención completa que le ayude a vivir una vida más plena y saludable

Con Kaiser Permanente, usted tiene un aliado de confianza que considera su salud una prioridad y le facilita obtener la atención que necesita. Es por eso que los miembros permanecen en Kaiser Permanente casi 3 veces más que con otros planes de salud¹⁴.

¿Quiere saber más?



Visite kp.org/allthatisyou (haga clic en "Español") para buscar planes y obtener ayuda con sus preguntas sobre atención médica.

Llame al **1-800-494-5314** (TTY **711**) para hablar con un especialista en inscripción.

Los miembros actuales que tengan preguntas pueden llamar a Servicio a los Miembros al **1-800-777-7902** (TTY **711**), de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 9 p. m. (excepto los días festivos).



1. Cuando corresponda y estén disponibles. Si viaja fuera del estado, es posible que las consultas por teléfono y las videoconsultas no estén disponibles debido a leyes estatales que pueden impedir que los médicos brinden atención en otros estados. Las leyes varían según el estado. 2. Calificaciones en HEDIS® 2022 de Kaiser Permanente. Los datos de referencia fueron proporcionados por Quality Compass® del Comité Nacional para el Control de Calidad (National Committee for Quality Assurance, NCQA) y representan todas las líneas de negocio. El Departamento de Calidad de la Atención y el Servicio de Kaiser Permanente proporcionó las calificaciones regionales combinadas de Kaiser Permanente. Los datos que aparecen en esta publicación fueron proporcionados por Quality Compass 2022 y se usan con permiso del NCQA. Quality Compass 2022 incluye ciertos datos del Estudio sobre Evaluación de los Planes de Salud por los Consumidores (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems, CAHPS). Cualquier presentación, análisis, interpretación o conclusión que se base en estos datos pertenece exclusivamente a los autores; el NCQA se exime específicamente de toda responsabilidad por tal presentación, análisis, interpretación o conclusión. Quality Compass® y HEDIS® son marcas comerciales registradas del NCQA. CAHPS® es una marca registrada de la Agency for Healthcare Research and Quality. 3. Informe anual 2021, Kaiser Permanente, [about.kaiserpermanente.org/who-we-are/annual-reports/2021-annual-report](https://www.kaiserpermanente.org/who-we-are/annual-reports/2021-annual-report) (en inglés). 4. Clasificaciones de planes de seguros médicos privados de NCQA 2022-2023, National Committee for Quality Assurance, 2022: Kaiser Foundation Health Plan of Colorado - HMO (calificación de 4 de 5); Kaiser Foundation Health Plan of Georgia, Inc. - HMO (calificación de 4 de 5); Kaiser Foundation Health Plan, Inc. of Hawaii - HMO (calificación de 4 de 5); Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc. - HMO (calificación de 5 de 5); Kaiser Foundation Health Plan, Inc. of Northern California - HMO (calificación de 4.5 de 5); Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest - HMO (calificación de 4 de 5); Kaiser Foundation Health Plan, Inc. of Southern California - HMO (calificación de 4.5 de 5); Kaiser Foundation Health Plan of Washington - HMO (calificación de 4 de 5). 5. Véase la nota 7. 6. Theodore R. Levin, MD, et al., "Effects of Organized Colorectal Cancer Screening on Cancer Incidence and Mortality in a Large, Community-Based Population" (Efectos de la detección organizada del cáncer colorrectal sobre la incidencia y la mortalidad del cáncer en una población comunitaria grande), *Gastroenterology*, noviembre de 2018. 7. Elizabeth A. McGlynn, PhD, et al., "Measuring Premature Mortality Among Kaiser Permanente Members Compared to the Community" (Medición de la mortalidad prematura entre los miembros de Kaiser Permanente en comparación con la comunidad), 20 de julio de 2022. 8. Las aplicaciones y los servicios descritos anteriormente no están cubiertos por los beneficios de su plan de salud, no son un beneficio cubierto por Medicare y no están sujetos a los términos establecidos en su *Evidencia de Cobertura* u otros documentos del plan. Las aplicaciones y los servicios pueden suspenderse en cualquier momento. Algunas clases varían según el lugar y pueden requerir el pago de tarifas. 9. Calm y myStrength pueden ser utilizados por miembros mayores de 13 años. La aplicación Ginger y sus servicios no están disponibles para miembros menores de 18 años de edad. 10. Calm es la aplicación número uno para dormir, meditar y relajarse, con más de 100 millones de descargas y más de 1.5 millones de opiniones con 5 estrellas. Obtenga más información en calm.com/blog/about. 11. Los miembros elegibles de Kaiser Permanente pueden comunicarse por mensaje de texto con un asesor a través de la aplicación Ginger durante 90 días por año. Una vez que hayan pasado los 90 días, los miembros podrán seguir accediendo a los demás servicios que están disponibles en la aplicación Ginger durante el resto del año sin costo alguno. 12. Es posible que algunos de estos servicios no estén cubiertos bajo los beneficios de su plan de salud ni estén sujetos a los términos establecidos en su *Evidencia de Cobertura* u otros documentos del plan. Estos servicios pueden suspenderse en cualquier momento sin previo aviso. 13. Para ver una lista completa de servicios que puede pagar con su HSA, consulte la *Publicación 502, Gastos Médicos y Dentales (Medical and Dental Expenses)*, en irs.gov/es. 14. Datos internos de Kaiser Permanente, 2019; "12 Trends Influencing the Future of Workplace Benefits" (12 Tendencias que influyen en el futuro de los beneficios laborales), Aflac, 2018; Oficina de Estadísticas Laborales de Estados Unidos, 2018.

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>.

In the event of dispute, the provisions of the approved English version of the form will control.

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) ማስታወሻ: 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 **1-800-777-7902** (TTY: **711**)፡

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

বাংলা (Bengali) লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় 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) NRUBAMA: O bụrụ na i 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 yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, kojí' hódíłnih **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: หากคุณพูดภาษาไทย 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: 711)**.

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)**.

Notas

En Maryland, Virginia y el Distrito de Columbia, todos los planes son ofrecidos y suscritos por Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc., 2101 E. Jefferson St., Rockville, MD 20852.