

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 **15 de enero de 2024**.
- Usted puede cambiar o solicitar la cobertura por medio de Kaiser Permanente, o nosotros podemos ayudarlo a realizar la solicitud por medio de Maryland Health Connection.
- Para la cobertura que inicia el **1 de enero de 2024**, debemos recibir su Solicitud de cobertura médica a más tardar el **31 de diciembre de 2023**.

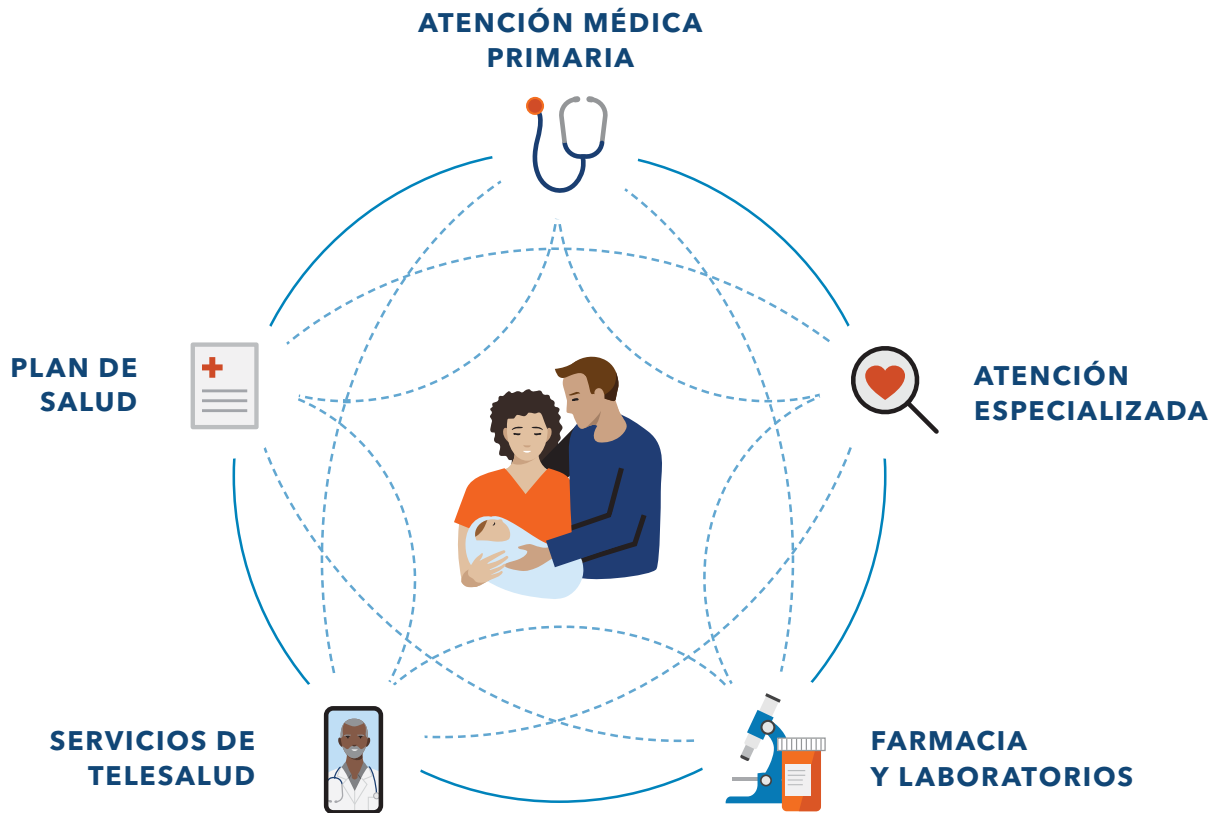
Cómo inscribirse durante un periodo de inscripción especial

- ¿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 ayudarlo.

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/allthatisyou (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

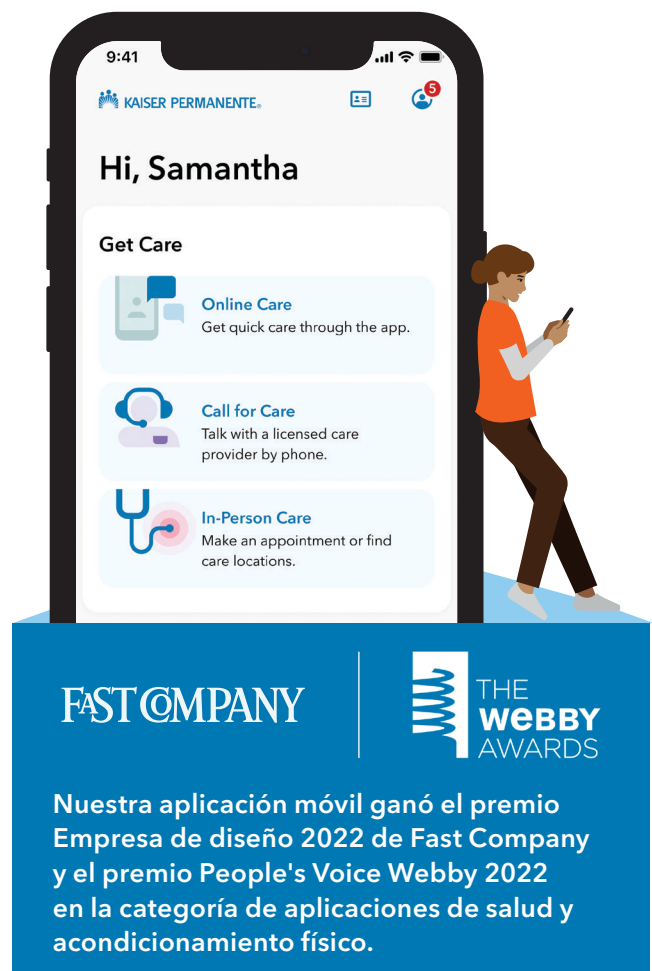
Muchos de nuestros centros de atención de Kaiser Permanente tienen farmacias y laboratorios en el mismo edificio, por lo que puede ver a su médico, realizarse sus pruebas y obtener sus medicamentos recetados, todo en una sola visita.

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 planes dentales opcionales (adultos) y de ortodoncia cosmética (solo para adultos y niños) 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: 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): 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 MD Gold 0 Ded/25 RxDed/Vision (sin deducible)	\$20	\$65	\$10*
KP MD Silver Virtual Forward 4000/Off (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 MD Bronze 7200/0%/HSA/Vision (deducible de \$7,200)	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible

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

** Virtual Forward ofrece atención virtual sin cargo; incluye acceso ilimitado al chat, 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 E
	KP MD Silver 3000 Ded/700 RxDed/Vision KP MD Silver 3000 Ded/700 RxDed/Off
Tipo de plan	Deducible
Deducible de servicios médicos anual (individual/familiar)	\$3,000/\$6,000
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$9,450/\$18,900
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	\$35
Visita al consultorio de atención especializada	\$60
La mayoría de las radiografías	\$85
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$60
Imágenes por resonancia magnética (MRI), tomografías computarizadas (TC), tomografías por emisión de positrones (TEP)	50 % después del deducible
Cirugía para pacientes ambulatorios	40 % después del deducible
Consulta de salud mental	\$35 (terapia individual)
Atención para pacientes hospitalizados	
Habitación y alimentos, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	40 % 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	40 % después del deducible
Atención de emergencia y de urgencia	
Visita al Departamento de Emergencias	40 % 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*
La mayoría de los medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$80*†
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	40 % después del deducible de farmacia de \$700 por miembro†
Medicamentos especializados (Nivel 4)	40 % después del deducible de farmacia de \$700 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 ayudarlo a que viva bien en mente, cuerpo y espíritu. Visite kp.org/selfcare (haga clic en "Español") para obtener más detalles.

KP Ofrecido a través de Kaiser Permanente

E Ofrecido a través del intercambio de beneficios de salud, Maryland Health Connection

Deducible anual

Usted debe pagar este monto antes de que su plan comience a ayudarlo 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 \$3,000 para usted o \$6,000 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 \$9,450 por usted y no más de \$18,900 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. Con este plan, las consultas de atención primaria están cubiertas con un copago de \$35, incluso antes de alcanzar el 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 40 % 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.

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

† Es posible que el costo de los medicamentos para tratar afecciones como la diabetes, el VIH o los medicamentos para el SIDA sea menor que los que se indican aquí.

KP Ofrecido a través de Kaiser Permanente

E Ofrecido a través del intercambio de beneficios de salud, Maryland Health Connection

Hay opciones de asistencia financiera disponibles para determinados planes, así como para los nativos de Alaska y los indios americanos en marylandhealthconnection.gov/es.

Resumen de beneficios	KP E KP MD Bronze Value 9450/35/Vision	KP E KP MD Bronze 7200/0%/HSA/Vision	KP E KP MD Bronze 6700/40/Vision	KP E KP MD Silver 6000/40/Vision KP MD Silver 6000/40/Vision/Off
Tipo de plan	Deducible	Admite HSA	Deducible	Deducible
Deducible de servicios médicos anual (individual/familiar)	\$9,450/\$18,900	\$7,200/\$14,400	\$6,700/\$13,400	\$6,000/\$12,000
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$9,450/\$18,900	\$7,200/\$14,400	\$9,450/\$18,900	\$8,500/\$17,000
Beneficios				
Atención virtual				
Consulta por chat, correo electrónico, teléfono y video, y consulta electrónica	Sin cargo	Consulta por chat, correo electrónico, consulta en línea, llamada y videollamada: sin cargo después del deducible	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	Sin cargo después del deducible	\$40	\$40
Visita al consultorio de atención especializada	\$90	Sin cargo después del deducible	\$50 después del deducible	\$60
La mayoría de las radiografías	\$150	Sin cargo después del deducible	40 % después del deducible	\$70
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$80	Sin cargo después del deducible	40 % después del deducible	\$50
MRI, TC, TEP	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	40 % después del deducible	35 % después del deducible
Cirugía para pacientes ambulatorios	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	40 % después del deducible	35 % después del deducible
Consulta de salud mental	\$35 (terapia individual)	Sin cargo después del deducible	\$40 (terapia individual)	\$40 (terapia individual)
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	35 % 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	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	40 % después del deducible	35 % después del deducible
Atención de emergencia y de urgencia				
Visita al Departamento de Emergencias	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	40 % después del deducible	35 % después del deducible
Consulta de atención de urgencia	\$75	Sin cargo después del deducible	\$50 después del deducible	\$60
Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)				
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$25*	Sin cargo después del deducible	\$20*	\$30*
La mayoría de los medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	40 % después del deducible†	\$60*†
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	50 % después del deducible†	50 % después del deducible†
Medicamentos especializados (Nivel 4)	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	50 % después del deducible 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.			

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

† Es posible que el costo de los medicamentos para tratar afecciones como la diabetes, el VIH o los medicamentos para el SIDA sea menor que los que se indican aquí.

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.

KP Ofrecido a través de Kaiser Permanente

E Ofrecido a través del intercambio de beneficios de salud, Maryland Health Connection

Hay opciones de asistencia financiera disponibles para determinados planes, así como para los nativos de Alaska y los indios americanos en marylandhealthconnection.gov/es.

Resumen de beneficios	KP E KP MD Silver Virtual Forward 5000	KP E KP MD Silver Value 4500 Ded/750 RxDed/Vision KP MD Silver Value 4500 Ded/750 RxDed/Vision/ Off	KP E KP MD Silver Virtual Forward 4000 KP MD Silver Virtual Forward 4000/Off	KP E KP MD Silver 3000 Ded/700 RxDed/Vision KP MD Silver 3000 Ded/700 RxDed/Off
Tipo de plan	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible
Deducible de servicios médicos anual (individual/familiar)	\$5,000/\$10,000	\$4,500/\$9,000	\$4,000/\$8,000	\$3,000/\$6,000
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$7,800/\$15,600	\$7,600/\$15,200	\$8,000/\$16,000	\$9,450/\$18,900
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 ^{††}	\$35	Atención virtual sin cargo; primera consulta en persona sin cargo y consultas adicionales en persona \$55 después del deducible ^{††}	\$35
Visita al consultorio de atención especializada	\$75 después del deducible	\$90	\$75 después del deducible	\$60
La mayoría de las radiografías	30 % después del deducible	\$150	30 % después del deducible	\$85
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$75 después del deducible	\$80	\$75 después del deducible	\$60
MRI, TC, TEP	30 % después del deducible	\$600 después del deducible	30 % después del deducible	50 % después del deducible
Cirugía para pacientes ambulatorios	30 % después del deducible	\$300 después del deducible	30 % después del deducible	40 % 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 ^{††}	\$35 (terapia individual)	Atención virtual sin cargo; primera consulta en persona sin cargo y consultas adicionales en persona \$55 después del deducible ^{††}	\$35 (terapia individual)
Atención para pacientes hospitalizados				
Habitación y alimentos, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	30 % después del deducible	\$550 por hospitalización después del deducible	30 % después del deducible	40 % 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	\$550 por hospitalización después del deducible	30 % después del deducible	40 % después del deducible
Atención de emergencia y de urgencia				
Visita al Departamento de Emergencias	30 % después del deducible	\$500 después del deducible (no se aplica si se le hospitaliza)	30 % después del deducible	40 % después del deducible
Consulta de atención de urgencia	\$75 después del deducible	\$75	\$75 después del deducible	\$60
Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)				
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$20*	\$25, se aplica el gasto máximo de bolsillo de farmacia*	\$10*	\$20*
La mayoría de los medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$50 después del deducible ^{††}	\$75 después del deducible de farmacia de \$750, por miembro; se aplica el gasto máximo de bolsillo de farmacia [‡]	\$50 después del deducible ^{††}	\$80 ^{††}
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	50 % después del deducible [†]	\$80 después del deducible de farmacia de \$750, por miembro; se aplica el gasto máximo de bolsillo de farmacia [‡]	50 % después del deducible [†]	40 % después del deducible de farmacia de \$700 por miembro [†]
Medicamentos especializados (Nivel 4)	50 % después del deducible hasta un máximo de \$150 por receta médica de 30 días	\$100 después del deducible de farmacia de \$750, por miembro; se aplica el gasto máximo de bolsillo de farmacia [‡]	50 % después del deducible hasta un máximo de \$150 por receta médica de 30 días	40 % después del deducible de farmacia de \$700 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 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 que califican por el costo de un suministro para 60 días.

† Es posible que el costo de los medicamentos para tratar afecciones como la diabetes, el VIH o los medicamentos para el SIDA sea menor que los que se indican aquí.

†† Virtual Forward ofrece atención virtual sin cargo; incluye acceso ilimitado a chat, 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.

KP Ofrecido a través de Kaiser Permanente

E Ofrecido a través del intercambio de beneficios de salud, Maryland Health Connection

Hay opciones de asistencia financiera disponibles para determinados planes, así como para los nativos de Alaska y los indios americanos en marylandhealthconnection.gov/es.

Resumen de beneficios	KP KP MD Gold 1750 Ded/250 RxDed/Vision	E KP MD Gold Plus 1700/20/Vision	KP KP MD Gold 1100 Ded/200 RxDed/Vision	E KP MD Gold Value 1000 Ded/150 RxDed/Vision
Tipo de plan	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible
Deducible de servicios médicos anual (individual/familiar)	\$1,750/\$3,500	\$1,700/\$3,400	\$1,100/\$2,200	\$1,000/\$2,000
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$6,450/\$12,900	\$8,300/\$16,600	\$6,950/\$13,900	\$6,750/\$13,500
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	\$20	20 ^{†††}	\$15	\$10
Visita al consultorio de atención especializada	\$40	50 ^{†††}	\$35	\$30
La mayoría de las radiografías	\$70	65 ^{†††}	\$65	\$50
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$50	15 ^{†††}	\$40	\$25
MRI, TC, TEP	35 % después del deducible	\$250	\$500	\$400 después del deducible
Cirugía para pacientes ambulatorios	35 % después del deducible	35 % después del deducible	25 % después del deducible	\$375
Consulta de salud mental	\$20 (terapia individual)	\$20 (terapia individual) ^{†††}	\$15 (terapia individual)	\$10 (terapia individual)
Atención para pacientes hospitalizados				
Habitación y alimentos, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	35 % después del deducible	35 % después del deducible	25 % después del deducible	\$450 por hospitalización 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	35 % después del deducible	35 % después del deducible	25 % después del deducible	\$450 por hospitalización después del deducible
Atención de emergencia y de urgencia				
Visita al Departamento de Emergencias	35 % después del deducible	\$300 después del deducible (no se aplica si se le hospitaliza)	\$500 (no se aplica si se le hospitaliza)	\$350 después del deducible (no se aplica si se le hospitaliza)
Consulta de atención de urgencia	\$40	\$50	\$35	\$40
Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)				
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$15 [*]	\$10 ^{*†††}	\$10 [*]	\$10, se aplica el gasto máximo de bolsillo de farmacia [*]
La mayoría de los medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$55 después del deducible de farmacia de \$250 por miembro ^{*,†}	\$50 después del deducible ^{*,†,††}	\$55 ^{*,†}	\$30, se aplica el gasto máximo de bolsillo de farmacia ^{*,†}
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	50 % después del deducible de farmacia de \$250 por miembro [†]	\$100 después del deducible ^{*,†,††}	25 % después del deducible de farmacia de \$200 por miembro [†]	\$60 después del deducible de farmacia de \$150, por miembro; se aplica el gasto máximo de bolsillo de farmacia [†]
Medicamentos especializados (Nivel 4)	50 % después del deducible de farmacia de \$250 por miembro hasta un máximo de \$150 por receta de 30 días	\$150 después del deducible ^{*,†,††}	25 % después del deducible de farmacia de \$200 por miembro hasta un máximo de \$150 por receta médica de 30 días	\$75 después del deducible de farmacia de \$150, por miembro; se aplica el gasto máximo de bolsillo de farmacia
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 que califican por el costo de un suministro para 60 días.

[†] Es posible que el costo de los medicamentos para tratar afecciones como la diabetes, el VIH o los medicamentos para el SIDA sea menor que los que se indican aquí.

^{†††} 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.

KP Ofrecido a través de Kaiser Permanente

E Ofrecido a través del intercambio de beneficios de salud, Maryland Health Connection

Hay opciones de asistencia financiera disponibles para determinados planes, así como para los nativos de Alaska y los indios americanos en marylandhealthconnection.gov/es.

Resumen de beneficios	KPE KP MD Gold 0 Ded/25 RxDed/Vision	KPE KP MD Platinum 0/15/Vision	KPE KP MD 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)	\$8,000/\$16,000	\$3,900/\$7,800	\$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, llamada 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	\$15	Las primeras 3 visitas al consultorio son sin cargo.*** Las consultas adicionales son sin cargo después del deducible.
Visita al consultorio de atención especializada	\$40	\$20	Sin cargo después del deducible
La mayoría de las radiografías	\$65	\$20	Sin cargo después del deducible
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$30	\$20	Sin cargo después del deducible
MRI, TC, TEP	\$500	\$250	Sin cargo después del deducible
Cirugía para pacientes ambulatorios	35 %	\$350	Sin cargo después del deducible
Consulta de salud mental	\$20 (terapia individual)	\$15 (terapia individual)	Las primeras 3 visitas al consultorio son sin cargo.*** Las consultas adicionales son sin cargo después del deducible.
Atención para pacientes hospitalizados			
Habitación y alimentos, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	35 %	\$350 por día hasta 4 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	35 %	\$350 por día hasta 4 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)	\$300 (no se aplica si se le hospitaliza)	Sin cargo después del deducible
Consulta de atención de urgencia	\$40	\$20	Sin cargo después del deducible
Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)			
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$10*	\$5*	Sin cargo después del deducible
La mayoría de los medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$55*†	\$35*†	Sin cargo después del deducible
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	35 % después del deducible de farmacia de \$25 por miembro‡	\$55*†	Sin cargo después del deducible
Medicamentos especializados (Nivel 4)	35 % después del deducible de farmacia de \$25 por miembro hasta un máximo de \$150 por receta médica de 30 días	\$150*	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 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 por el costo de un suministro para 60 días.

^{††} Únicamente los solicitantes menores de 30 años o los solicitantes de 30 años o más que reciben una exención debido a la falta de cobertura asequible o dificultades pueden inscribirse en este plan. Para solicitar una exención, visite el sitio marketplace.cms.gov/applications-and-forms/hardship-exemption.pdf y siga las instrucciones.

[‡] Es posible que el costo de los medicamentos para tratar afecciones como la diabetes, el VIH o los medicamentos para el SIDA sea menor que los que se indican aquí.

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.

E Ofrecido a través del intercambio de beneficios de salud, Maryland Health Connection

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 marylandhealthconnection.gov/es.

Resumen de beneficios	E KP MD Silver Value 4500 Ded/750 RxDed/CSR/Vision	E KP MD Silver Value 1000 Ded/150 RxDed/CSR/Vision	E KP MD Silver Value 0 Ded/CSR/Vision	E KP MD Silver 3800/35/CSR/Vision
Tipo de plan	Deducible	Deducible	Copago	Deducible
Deducible de servicios médicos anual (individual/familiar)	\$4,500/\$9,000	\$1,000/\$2,000	Ninguno/Ninguno	\$3,800/\$7,600
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$6,050/\$12,100	\$2,500/\$5,000	\$1,750/\$3,500	\$7,250/\$14,500
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	\$35	\$10	\$2	\$35
Visita al consultorio de atención especializada	\$90	\$30	\$15	\$55
La mayoría de las radiografías	\$150	\$50	\$20	\$55
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$80	\$25	\$5	\$40
MRI, TC, TEP	\$600 después del deducible	\$350 después del deducible	\$125	35 % después del deducible
Cirugía para pacientes ambulatorios	\$300 después del deducible	\$200	\$110	35 % después del deducible
Consulta de salud mental	\$35 (terapia individual)	\$10 (terapia individual)	\$2	\$35 (terapia individual)
Atención para pacientes hospitalizados				
Habitación y alimentos, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	\$550 por hospitalización después del deducible	\$350 por hospitalización después del deducible	\$150 por hospitalización	35 % 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	\$550 por hospitalización después del deducible	\$350 por hospitalización después del deducible	\$150 por hospitalización	35 % después del deducible
Atención de emergencia y de urgencia				
Visita al Departamento de Emergencias	\$500 después del deducible (no se aplica si se le hospitaliza)	\$150 después del deducible (no se aplica si se le hospitaliza)	\$75 (no se aplica si se le hospitaliza)	35 % después del deducible
Consulta de atención de urgencia	\$75	\$30	\$15	\$55
Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)				
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$25, se aplica el gasto máximo de bolsillo de farmacia*	\$5, se aplica el gasto máximo de bolsillo de farmacia*	Sin cargo, se aplica el gasto máximo de bolsillo de farmacia*	\$25*
La mayoría de los medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$75 después del deducible de farmacia de \$750, por miembro; se aplica el gasto máximo de bolsillo de farmacia†	\$25 después del deducible de farmacia de \$150, por miembro; se aplica el gasto máximo de bolsillo de farmacia†	\$5, se aplica el gasto máximo de bolsillo de farmacia†	\$60*†
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	\$80 después del deducible de farmacia de \$750, por miembro; se aplica el gasto máximo de bolsillo de farmacia†	\$50 después del deducible de farmacia de \$150, por miembro; se aplica el gasto máximo de bolsillo de farmacia†	\$15, se aplica el gasto máximo de bolsillo de farmacia†	35 % después del deducible†
Medicamentos especializados (Nivel 4)	\$100 después del deducible de farmacia de \$750, por miembro; se aplica el gasto máximo de bolsillo de farmacia†	\$60 después del deducible de farmacia de \$150, por miembro; se aplica el gasto máximo de bolsillo de farmacia	\$25, se aplica el gasto máximo de bolsillo de farmacia†	35 % después del deducible hasta un máximo de \$150 por receta 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 que califican por el costo de un suministro para 60 días.

† Es posible que el costo de los medicamentos para tratar afecciones como la diabetes, el VIH o los medicamentos para el SIDA sea menor que los que se indican aquí.

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.

E Ofrecido a través del intercambio de beneficios de salud, Maryland Health Connection

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 marylandhealthconnection.gov/es.

Resumen de beneficios	E KP MD Silver 0/15/CSR/Vision	E KP MD Silver 0/3/CSR/Vision	E KP MD Silver 3000 Ded/700 RxDed/CSR/Vision	E KP MD Silver 0 Ded/50 RxDed/CSR/Vision
Tipo de plan	Copago	Copago	Deducible	Copago
Deducible de servicios médicos anual (individual/familiar)	Ninguno/Ninguno	Ninguno/Ninguno	\$3,000/\$6,000	Ninguno/Ninguno
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$3,150/\$6,300	\$2,000/\$4,000	\$7,550/\$15,100	\$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
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	\$15	\$3	\$35	\$10
Visita al consultorio de atención especializada	\$40	\$15	\$60	\$40
La mayoría de las radiografías	\$40	\$15	\$85	\$40
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$40	\$10	\$60	\$40
MRI, TC, TEP	30 %	10 %	50 % después del deducible	30 %
Cirugía para pacientes ambulatorios	30 %	10 %	40 % después del deducible	30 %
Consulta de salud mental	\$15 (terapia individual)	\$3	\$35 (terapia individual)	\$10 (terapia individual)
Atención para pacientes hospitalizados				
Habitación y alimentos, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	30 %	10 %	40 % después del deducible	30 %
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 %	10 %	40 % después del deducible	30 %
Atención de emergencia y de urgencia				
Visita al Departamento de Emergencias	30 %	10 %	40 % después del deducible	30 %
Consulta de atención de urgencia	\$40	\$15	\$60	\$40
Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)				
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$15*	\$3*	\$20*	\$10*
La mayoría de los medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$60*†	\$15*	\$80*†	\$60*†
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	30 %†	10 %†	40 % después del deducible de farmacia de \$700 por miembro†	30 % después del deducible de farmacia de \$50 por miembro†
Medicamentos especializados (Nivel 4)	30 % hasta un máximo de \$150 por receta médica de 30 días	10 % hasta un máximo de \$150 por receta médica de 30 días	40 % después del deducible de farmacia de \$700 por miembro hasta un máximo de \$150 por receta médica de 30 días	30 % después del deducible de farmacia de \$50 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 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 que califican por el costo de un suministro para 60 días.

† Es posible que el costo de los medicamentos para tratar afecciones como la diabetes, el VIH o los medicamentos para el SIDA sea menor que los que se indican aquí.

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.

E Ofrecido a través del intercambio de beneficios de salud, Maryland Health Connection

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 marylandhealthconnection.gov/es.

Resumen de beneficios	E KP MD Silver 0 Ded/CSR/Vision	E KP MD Silver Virtual Forward 2500/CSR	E KP MD Silver Virtual Forward 750/CSR	E KP MD Silver Virtual Forward 100/CSR
Tipo de plan	Copago	Deducible	Deducible	Deducible
Deducible de servicios médicos anual (individual/familiar)	Ninguno/Ninguno	\$2,500/\$5,000	\$750/\$1,500	\$100/\$200
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$2,100/\$4,200	\$7,550/\$15,100	\$2,100/\$4,200	\$850/\$1,700
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	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; la primera consulta en persona es sin cargo y las consultas adicionales en persona, \$35 después del deducible ^{††}	Atención virtual sin cargo; la primera consulta en persona es sin cargo y las consultas adicionales en persona, \$25 después del deducible ^{††}
Visita al consultorio de atención especializada	\$15	\$65 después del deducible	\$55 después del deducible	\$45 después del deducible
La mayoría de las radiografías	\$20	20 % después del deducible	10 % después del deducible	5 % después del deducible
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$5	\$65 después del deducible	\$55 después del deducible	\$45 después del deducible
MRI, TC, TEP	10 %	20 % después del deducible	10 % después del deducible	5 % después del deducible
Cirugía para pacientes ambulatorios	10 %	20 % después del deducible	10 % después del deducible	5 % después del deducible
Consulta de salud mental	\$5	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; la primera consulta en persona es sin cargo y las consultas adicionales en persona, \$35 después del deducible ^{††}	Atención virtual sin cargo; la primera consulta en persona es sin cargo y las consultas adicionales en persona, \$25 después del deducible ^{††}
Atención para pacientes hospitalizados				
Habitación y alimentos, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	10 %	20 % después del deducible	10 % después del deducible	5 % 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	10 %	20 % después del deducible	10 % después del deducible	5 % después del deducible
Atención de emergencia y de urgencia				
Visita al Departamento de Emergencias	10 %	20 % después del deducible	10 % después del deducible	5 % después del deducible
Consulta de atención de urgencia	\$15	\$65 después del deducible	\$55 después del deducible	\$45 después del deducible
Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)				
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$5*	\$10*	\$10*	\$3*
La mayoría de los medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$10*	\$50 después del deducible* [†]	\$30 después del deducible*	\$20 después del deducible*
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	10 % [†]	50 % después del deducible [†]	20 % después del deducible [†]	5 % después del deducible* [†]
Medicamentos especializados (Nivel 4)	20 % 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	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
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.			

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

† Es posible que el costo de los medicamentos para tratar afecciones como la diabetes, el VIH o los medicamentos para el SIDA sea menor que los que se indican aquí.

†† Virtual Forward ofrece atención virtual sin cargo; incluye acceso ilimitado a chat, 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.

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.
- Si agrega una cláusula dental optativa para familiares de 19 años de edad o mayores.

¿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.

Asistencia financiera adicional para algunos adultos jóvenes

Si tiene entre 18 y 37 años, es posible que reúna los requisitos para recibir aún más asistencia financiera debido a la nueva legislación de Maryland.

Para obtener más información, visite marylandhealthconnection.gov/es o llámenos al **1-800-255-5169**.

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 de Maryland				
20588	20781-85	20918	21108	21284-87
20601-04	20787-88	20993	21111	21289-90
20607-08	20790-92	20997	21113-14	21297-98
20610	20794	21001	21117	21401-05
20612-13	20797	21005	21120	21409
20616-17	20799	21009-10	21122-23	21411-12
20623	20810-18	21012-15	21128	21701-05
20637	20824-25	21017-18	21130-33	21709-10
20639-40	20827	21020	21136	21714
20643	20830	21022-23	21139-40	21716-18
20645-46	20832-33	21027-32	21144	21723
20658	20837-39	21034-37	21146	21737-38
20675	20841-42	21040-48	21150	21754-55
20677-78	20847-55	21050-54	21152-58	21757-59†
20689	20857	21056-57	21160-63	21762
20695	20859-62	21060-62	21201-31	21765
20697	20866	21065	21233-37	21769-71†
20701	20868	21071	21239-41	21774-77
20703-12	20871-72	21074-78	21244	21784
20714-26	20874-80	21082	21250-52	21787†
20731-33	20882-86	21084-85	21263-64	21790-94
20735-38	20889	21087-88	21270	21797
20740-55	20891-92	21090	21273	
20757-59	20894-99	21092-94	21275	
20762-65	20901-08	21102	21278-79	
20768-79	20910-16	21104-06	21281-82	

† Partes del código postal que no están en el área de servicio: 21758, 21769 y 21787.

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

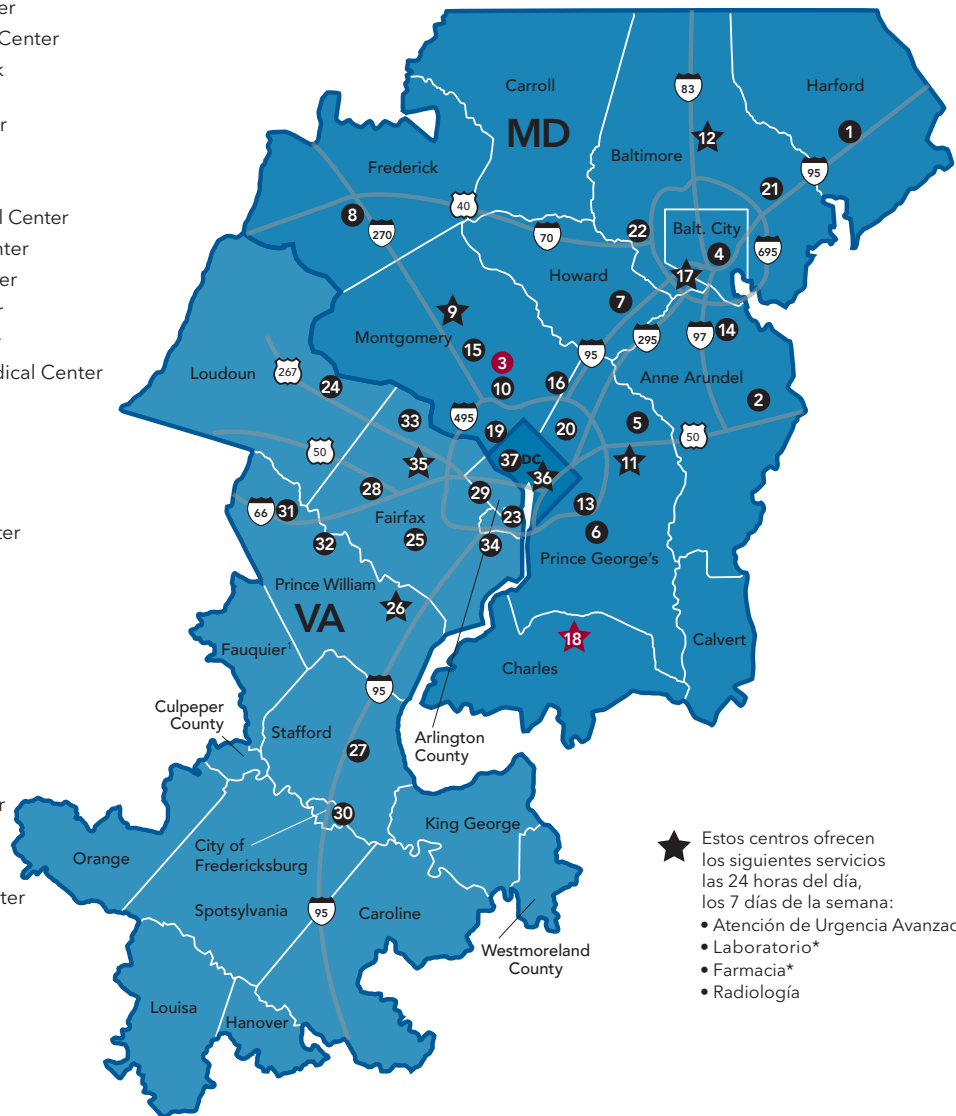
- 1 Abingdon Medical Center
- 2 Annapolis Medical Center
- 3 **PRÓXIMA UBICACIÓN**
Medical Center in Aspen Hill
- 4 Kaiser Permanente Baltimore Harbor Medical Center
- 5 Bowie Fairwood Medical Center
- 6 Camp Springs Medical Center
- 7 Columbia Gateway Medical Center
- 8 Kaiser Permanente Frederick Medical 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 KADDER 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

Washington, DC

- 33 Reston Medical Center
- 34 Springfield Medical Center
- 35 Tysons Corner Medical Center
- 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 cubriremos los servicios que usted reciba durante la preparación para la cirugía ni durante la atención de seguimiento. Si luego sufre una complicación que pone en riesgo su vida, como una infección grave, esta exclusión no se aplicará y cubriremos cualquier servicio que de otra forma estaría cubierto para tratar la complicación.

Los siguientes servicios están excluidos de la cobertura:

1. Servicios que no sean necesarios desde el punto de vista médico.
2. Los servicios realizados o indicados bajo la dirección de una persona que no sea un profesional de la atención médica.
3. Los servicios que estén más allá del alcance de la práctica del profesional de la atención médica que preste el servicio.
4. Otros servicios en la medida en que estén cubiertos por alguna unidad del gobierno, excepto aquellos para los veteranos prestados en los centros de atención de la Administración de Veteranos o de las fuerzas armadas para los servicios recibidos que son responsabilidad del beneficiario.
5. Los servicios que un miembro no está obligado por ley, o como una práctica habitual, a pagar en la ausencia de un plan de beneficios de salud.
6. A excepción de los beneficios de la vista pediátricos, la compra, la evaluación o el ajuste de anteojos o lentes de contacto, excepto para los pacientes afáquicos y los lentes suaves o rígidos permeables al gas o las conchas esclerales destinados para su uso en el tratamiento de una enfermedad o lesión.
7. Los servicios de cuidado personal y los servicios de cuidados domiciliarios.
8. Los servicios prestados por un profesional de atención médica que sea el cónyuge, la madre, el padre, la hija, el hijo, el hermano o la hermana del miembro.
9. Los servicios experimentales, excepto cuando forma parte de un ensayo clínico.
10. Los servicios médicos, hospitalarios o clínicos relacionados con la queratotomía radial, queratomileusis miope y cirugías que involucren el tejido corneal con el fin de alterar, modificar o corregir un error de miopía, hipermetropía o astigmatismo.
11. El tratamiento médico o quirúrgico para reducir o controlar el peso.
12. Los servicios que se hayan recibido antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura de un miembro.
13. Los servicios incurridos después de la terminación de la cobertura de un miembro.
14. 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.
15. Los servicios para tratar lesiones o enfermedades relacionadas con el empleo de un miembro en la medida en que el miembro necesite estar cubierto por una ley del seguro de los trabajadores.
 16. Los servicios proporcionados por un departamento dental o médico mantenido por o en nombre de un empleador, asociación de beneficio mutuo, sindicato o fondo de trabajadores, o personas o grupos similares.
 17. Los artículos de higiene y comodidad personal, incluidos, entre otros, aires acondicionados, humidificadores y aparatos de acondicionamiento físico.
 18. Excepto por una consulta de telesalud cubierta, los cargos por consultas telefónicas, incumplimiento de una visita programada o cumplimentación de cualquier formulario.
 19. Las hospitalizaciones principalmente para estudios de diagnóstico, a menos que nosotros lo autoricemos.
 20. La compra, la evaluación o el ajuste de dispositivos y suministros para la audición, y los dispositivos para enmascarar el zumbido en los oídos.
 21. Los viajes, ya sean o no recomendados por un profesional de atención médica, excepto:
 - a. los servicios de ambulancia cubiertos,
 - b. los viajes relacionados con un trasplante cubierto.
 22. Los servicios recibidos mientras el miembro está fuera de los Estados Unidos, a excepción de los servicios de emergencia y atención de urgencia.
 23. Vacunaciones para un viaje al extranjero.
 24. El trabajo o el tratamiento dental que incluye atención hospitalaria o profesional en relación con:
 - a. la operación o el tratamiento para el ajuste o el uso de dentaduras postizas;
 - b. la atención de ortodoncia o de maloclusión;
 - c. las operaciones en o para el tratamiento de los dientes o los tejidos de soporte de los dientes, a excepción de la extirpación de tumores y quistes, o el tratamiento de una lesión en los dientes naturales debido a un accidente si el tratamiento se recibe dentro de los seis (6) meses posteriores al accidente;
 - d. implantes dentales.
 25. Los accidentes ocurridos mientras mastica, y como resultado de ello.
 26. Los soportes de arco, aparatos ortopédicos, soportes que van dentro de los zapatos, zapatos ortopédicos, soportes elásticos o exámenes para recetarlos o ajustarlos, a menos que se determine que estos servicios son necesarios desde el punto de vista médico.
 27. Las hospitalizaciones principalmente para fisioterapia, a menos que nosotros las autoricemos.
 28. El tratamiento para la disfunción sexual no relacionada con una enfermedad orgánica.
 29. Los servicios que duplican los beneficios establecidos por las leyes, los reglamentos o los programas federales, estatales o locales.
 30. Los órganos no humanos y su implantación.
 31. No hay reembolsos por los cargos relacionados con la sangre o productos derivados de la sangre.
 32. Mejoras en el estilo de vida o programas de acondicionamiento físico.
 33. Pelucas o prótesis craneal, excepto por una (1) prótesis de cabello necesaria desde el punto de vista médico.
 34. Los cargos por admisión en fin de semana, a excepción de emergencias y

maternidad, a menos que nosotros lo autoricemos.

35. La terapia ortomolecular para pacientes externos, incluidos nutrientes, vitaminas y suplementos alimenticios.
36. Los servicios que resulten de lesiones corporales accidentales derivadas de un accidente automovilístico, en la medida en que los servicios deban pagarse conforme a una disposición de pago de gastos médicos de una póliza de seguro de automóvil.
37. Los servicios para las condiciones que las leyes, los reglamentos, las ordenanzas o disposiciones similares estatales o locales exijan que deben proporcionarse en una institución pública.
38. Los servicios para la extirpación de alguno de los órganos de un miembro, o que tengan relación con esto, para trasplantarlo en otra persona a menos que:
 - a. el receptor del trasplante esté cubierto por uno de nuestros planes y esté siendo sometido a un trasplante cubierto;
 - b. los servicios no puedan ser pagados por otra aseguradora.
39. Los exámenes físicos que se requieran para conseguir o conservar un empleo, un seguro o permisos del gobierno.
40. Los servicios auxiliares no médicos, como la rehabilitación profesional, el asesoramiento laboral o la terapia educativa.
41. Una habitación privada de un hospital, a menos que sea necesaria desde el punto de vista médico y nosotros la autoricemos.
42. La atención de enfermería privada, a menos que nosotros la autoricemos.
43. Cualquier reclamo, factura u otra exigencia o solicitud de pago por servicios de atención médica que se determine que fueron proporcionados como resultado de una remisión

prohibida conforme a la sección §1-302 del Artículo de Profesiones Relacionadas con la Salud.

Limitaciones Médicas

Haremos todo lo posible por proporcionar o coordinar sus servicios de atención para la salud en caso de circunstancias inusuales, por motivos como:

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.

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.

Exclusiones de Farmacia

Excepto como se especificó, el plan de salud no cubre:

1. medicamentos para el control del peso;
2. medicamentos para la disfunción sexual;
3. un medicamento que se puede obtener sin receta médica, excepto los anticonceptivos de venta libre;
4. un medicamento para el que haya un medicamento de venta libre que sea 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.

Limitaciones de Farmacia

A excepción de los medicamentos de mantenimiento y los anticonceptivos, los miembros pueden obtener un suministro de hasta treinta (30) días y se les cobrará el costo compartido correspondiente según:

1. la dosis prescrita;
2. el tamaño estándar del paquete del fabricante;
3. los límites de surtido especificados.

Los medicamentos que tienen una vida útil corta pueden requerir surtirse en cantidades más pequeñas para garantizar que se mantenga la calidad. Dichos medicamentos se limitarán a un suministro de treinta (30) días. Si un medicamento se surte en varias cantidades más pequeñas (por ejemplo, suministros para tres [3] o diez [10] días), se le cobrará solo un costo compartido en el surtido inicial por cada suministro de treinta (30) días.

Los miembros pueden obtener un suministro parcial de un medicamento recetado y se les cobrará un copago o coseguro diario prorrateado, si se cumplen las siguientes condiciones:

1. La persona que receta determina que surtir un suministro parcial de un medicamento recetado es lo mejor para el miembro.

2. Se anticipa que el medicamento recetado se requiera por más de tres (3) meses.
3. El miembro solicita o acepta un suministro parcial con el fin de sincronizar el surtido de los medicamentos recetados del miembro.
4. El medicamento recetado no es una sustancia peligrosa controlada de la Lista II.
5. El suministro y el surtido del medicamento recetado cumplen todos los requisitos de autorización previa y gestión de utilización específicos del medicamento recetado en el momento del surtido sincronizado.

Excepto por los medicamentos de mantenimiento y los anticonceptivos como se describe a continuación, los medicamentos inyectables que se administran por sí mismos y se surten en la farmacia están limitados a un suministro de treinta (30) días.

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:

1. la dosis prescrita;
2. el tamaño estándar del paquete del fabricante;
3. los límites de surtido especificados.

Excepto para los medicamentos recetados para tratar la diabetes, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), si un medicamento cumple el criterio de medicamento de especialidad, entonces el costo del medicamento para el miembro no excederá los \$150 por un suministro de treinta (30) días, conforme a la sección §15-847 del Artículo del Seguro. Para toda la insulina, el costo del miembro no excederá los \$30 por un suministro de 30 días sin importar la cantidad o tipo

de insulina, de conformidad con el Artículo del Seguro §15-822.1.

Para los anticonceptivos recetados, los miembros pueden obtener un suministro de hasta doce (12) meses por un solo suministro en una farmacia del plan o mediante nuestro programa de servicios de entrega por correo.

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 (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: Ọ bụrụ na ị na asụ Igbo, ọrụ enyemaka asụsụ, n'efu, dijiri gi. Kpọọ **1-800-777-7902 (TTY: 711)**.

Italiano (Italian) ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero **1-800-777-7902 (TTY: 711)**.

日本語 (Japanese) 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。**1-800-777-7902 (TTY: 711)** まで、お電話にてご連絡ください。

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-777-7902 (TTY: 711)** 번으로 전화해 주십시오.

Naabeehó (Navajo) Díí baa akó nínízin: Díí saad bee 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.