



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado.

Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, consulte [www.kp.org/plandocuments](http://www.kp.org/plandocuments) o llame al 1-800-278-3296 (TTY: 711). Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/Spanish-Uniform-Glossary-05-2020-508.pdf> o llamar al 1-800-278-3296 (TTY: 711) para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deducible</u> total?	\$0	Consulte la tabla de Circunstancias médicas comunes abajo para conocer los costos de los servicios que cubre este <u>plan</u> .
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	No se aplica.	Este <u>plan</u> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <u>deducible</u> . Sin embargo, se podría aplicar un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos sin costos compartidos</u> antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos cubiertos</u> en <a href="https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No debe pagar <u>deducibles</u> por servicios específicos.
¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	<b><u>Límite de gastos de bolsillo médicos:</u></b> \$1,500 por individuo/\$3,000 por familia. <b><u>Límite de gastos de bolsillo para medicamentos con receta médica:</u></b> (se aplica a <u>medicamentos con receta médica de farmacias de la red, excepto algunos medicamentos especializados</u> ): \$750 por individuo/\$1,500 por familia	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada uno debe alcanzar su propio <u>límite de gastos de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> general de la familia.
¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	<b><u>Límite de gastos de bolsillo médicos:</u></b> Las primas, la atención médica que no cubre este plan y los servicios que se indican en la tabla que comienza en la página 2. <b><u>Límite de gastos de bolsillo para medicamentos con receta médica:</u></b> las primas, los montos (además de los copagos) que se pagan por medicamentos de marca cuando hay genéricos disponibles, los cargos por facturación de saldo y la atención médica que no cubre este plan. Los copagos para determinados <u>medicamentos especializados</u> que no son beneficios de salud esenciales (pero sí son elegibles para el reembolso del fabricante sin costo para usted) no se aplican para satisfacer el límite de gastos de bolsillo y no se reembolsarán en un 100% una vez que se alcance el límite de gastos de bolsillo.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Para obtener una lista de <u>proveedores del plan</u> , visite <a href="http://www.kp.org">www.kp.org</a> o llame al 1-800-278-3296 (TTY: 711).	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> que esté incluido en la <u>red del plan</u> . Pagará más si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga ( <u>facturación de saldo</u> ). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <u>derivación para atenderse con un especialista</u> ?	Sí, pero puede autoderivarse a ciertos <u>especialistas</u> .	Este <u>plan</u> pagará algunos o todos los costos para ver a un <u>especialista</u> por servicios cubiertos, pero solo si tiene una <u>derivación</u> antes de ver al <u>especialista</u> .

SANTA MONICA UNITE HERE BENEFIT FUND  
 PID: 226111 CNTR:5 EU:3 Plan ID:947 SBC ID:558213

 Todos los copagos y el coseguro que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su deducible, si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor del plan (Usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará Proveedor fuera del plan (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
<b>Si acude al consultorio o clínica del <u>proveedor</u></b>	Consulta de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$15 por visita	No está cubierto	Ninguna
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$15 por visita	No está cubierto	Ninguna
	<u>Atención preventiva/ evaluación/vacunas</u>	Sin costo	No está cubierto	Usted tendrá que pagar por los servicios que no son <u>preventivos</u> . Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son <u>preventivos</u> . Luego, consulte lo que su <u>plan</u> pagará.
<b>Si se realiza un examen</b>	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	Sin costo	No está cubierto	Ninguna

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor del plan (Usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará Proveedor fuera del plan (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
<p><b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b> Para obtener más información disponible sobre la <b><u>cobertura de medicamentos con receta médica</u></b>, visite <a href="http://www.express-scripts.com">www.express-scripts.com</a> o llame al 1-800-451-6245.</p>	Medicamentos genéricos	<p>\$3 de <u>copago</u> por receta médica (al por menor y en orden por correo)</p> <p>Dentro de Kaiser Permanente: \$15 por <u>receta médica</u> (selección muy limitada)</p>	No está cubierto	<p>Debe usar una farmacia de la <u>red</u> Prime de Express Scripts (dentro de los Estados Unidos) para abastecer los medicamentos o no tendrá cobertura. Cada receta médica al por menor se limita a un suministro máximo de 30 días. Para los medicamentos de mantenimiento, hay disponible hasta un suministro de 90 días en orden por correo. Para los medicamentos de mantenimiento, debe decidir si usará el servicio de farmacia al por menor o en orden por correo. Se permiten dos abastecimientos al por menor antes de que notifique a Express Scripts acerca de su decisión. Excepto en casos de necesidad médica urgente, los medicamentos especializados deben abastecerse en farmacias Accredo.</p> <p>Para algunos medicamentos se requiere <u>autorización previa</u>. Si usa un medicamento de marca cuando hay un genérico disponible, pagará la diferencia de precio entre el medicamento de marca y el medicamento genérico, además del <u>copago</u> aplicable. Los medicamentos de <u>atención preventiva</u> de la ACA no tienen costo si se compran en una farmacia de la <u>red</u> con la receta médica de un médico.</p> <p>Para obtener información sobre los medicamentos que no están cubiertos por el <u>plan</u>, llame al 1-800-451-6245, visite <a href="http://www.express-scripts.com">www.express-scripts.com</a> o descargue la aplicación de Express Scripts.</p>
	Medicamentos de marca	<p>\$6 de <u>copago</u> por receta médica (al por menor); \$5 de <u>copago</u> por receta médica (orden por correo)</p> <p>Dentro de Kaiser Permanente: \$15 por <u>receta médica</u> (selección muy limitada)</p>	No está cubierto	
	<u>Medicamentos especializados</u>	<p>\$3 de copago para medicamentos genéricos (al por menor o en orden por correo)</p> <p>Al por menor: \$6 de <u>copago</u> por medicamento de marca con receta médica.</p> <p>Orden por correo: \$5 de <u>copago</u> por medicamento de marca con receta médica.</p> <p>Dentro de Kaiser Permanente: \$15 por <u>receta médica</u> (selección muy limitada)</p>	No está cubierto	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor del plan (Usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará Proveedor fuera del plan (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
				<p>Algunos <u>medicamentos especializados</u> tienen <u>copagos</u> bastante más altos <u>que los que se muestran</u>. Si toma alguno de estos <u>medicamentos especializados</u> y participa en el programa SaveOn SP a través de Express Scripts, no tendrá que pagar los copagos más altos. Sin embargo, si su <u>medicamento especializado</u> está en la lista de medicamentos de SaveOn SP y usted no participa en el programa SaveOn SP, será responsable de pagar el <u>copago</u> completo. Los <u>medicamentos especializados</u> de la lista de medicamentos de SaveOn SP y los <u>copagos</u> para esos medicamentos están sujetos a cambios. Recibirá una notificación de SaveOn SP si toma un <u>medicamento especializado</u> que forma parte del programa SaveOn SP. Para obtener más información sobre el límite de gastos de bolsillo para <u>medicamentos con receta médica</u>, consulte “Preguntas importantes” en la página 1.</p> <p>Dentro de Kaiser Permanente: hasta un suministro de 30 días al por menor o en orden por correo. La mayoría de los <u>medicamentos con receta médica</u> para pacientes ambulatorios no están cubiertos a través de Kaiser Permanente.</p>
<b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$15 por procedimiento	No está cubierto	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano	Sin costo	No está cubierto	Las tarifas del médico/cirujano están incluidas en la tarifa del centro.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor del plan (Usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará Proveedor fuera del plan (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	\$150 por visita	\$150 por visita	Ninguna
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	\$50 por viaje	\$50 por viaje	Ninguna
	<u>Atención de urgencia</u>	\$15 por visita	No está cubierto	Los <u>proveedores fuera del plan</u> están cubiertos cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio: \$15 por visita.
<b>Si necesita hospitalización</b>	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes ambulatorios	\$15 por visita individual. Los demás servicios para pacientes ambulatorios no tienen costo.	No está cubierto	Salud mental y conductual: \$7 por visita grupal. Abuso de sustancias: \$5 por visita grupal.
	Servicios para pacientes hospitalizados	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	Sin costo	No está cubierto	Se pueden aplicar <u>copagos, coseguros o deducibles</u> según el tipo de servicio. Los cuidados de maternidad podrían incluir los exámenes y servicios que se describen en otras partes del SBC (por ejemplo, ecografía).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	Sin costo	No está cubierto	Ninguna

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor del plan (Usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará Proveedor fuera del plan (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
<b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b>	<u>Atención médica en el hogar</u>	Sin costo	No está cubierto	Límite de 2 horas por visita, 3 visitas por día y 100 visitas por año.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Paciente hospitalizado: sin costo Paciente ambulatorio: \$15 por visita	No está cubierto	Ninguna
	<u>Servicios de habilitación</u>	\$15 por visita	No está cubierto	Ninguna
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	Sin costo	No está cubierto	Límite de 100 días por período de beneficios.
	<u>Equipo médico duradero</u>	Sin costo	No está cubierto	Se requiere autorización previa.
	<u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u>	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
<b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>	Examen de la vista para niños	El examen de refracción no tiene costo.	No está cubierto	Ninguna
	Anteojos para niños	<b>Dentro de Kaiser Permanente:</b> No está cubierto <b>VSP:</b> el 80% de los costos que exceden una asignación de \$120 para armazones básicos. La mayoría de los lentes estándares no tienen costo.	<b>Dentro de Kaiser Permanente:</b> No está cubierto <b>VSP:</b> Armazones: todos los costos que exceden la asignación de \$70. Lentes: todos los costos que exceden las asignaciones de \$30 (monofocales), \$50 (bifocales y progresivos estándares) y \$65 (trifocales).	Para obtener información sobre los beneficios de la cobertura para la vista a través de Vision Service Plan (VSP), llame al 1-855-866-0942. Los lentes y armazones se limitan a uno cada 24 meses. Se aplican cargos por accesorios para lentes y lentes progresivos premium.
	Control dental para niños	No está cubierto	No está cubierto	Es posible que tenga otra cobertura de servicios dentales que no se describe aquí.

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su <u>Plan</u> , por lo general, <b>NO</b> cubre (consulte la póliza o el documento del <u>plan</u> para obtener más información y una lista de otros <u>servicios excluidos</u> ).		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Atención quiropráctica</li> <li>Cirugía estética</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Audífonos</li> <li>Cuidados a largo plazo</li> <li>Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enfermería privada</li> <li>Cuidado de los pies de rutina</li> <li>Programas para perder peso</li> </ul>

**Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).**

- Acupuntura (derivado por un proveedor del plan)
- Cirugía bariátrica
- Anteojos para niños (beneficio limitado para armazones y lentes disponibles por medio de VSP)
- Atención dental (disponible por medio de un plan independiente separado)
- Tratamiento para la infertilidad
- Cuidado de los ojos de rutina (para adultos) (beneficio limitado para armazones y lentes disponibles por medio de VSP)

**Su derecho a continuar con la cobertura:** Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos se muestra en la siguiente tabla. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el Mercado, visite [www.CuidadoDeSalud.gov](http://www.CuidadoDeSalud.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Su derecho a presentar una queja o una apelación:** Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por la denegación de una reclamación. Esta queja se denomina queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha reclamación médica. Los documentos de su plan también dan toda la información para presentar una reclamación, una apelación o una queja formal por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con los organismos que aparecen en la siguiente tabla.

**Información de contacto para obtener información sobre sus derechos a continuar con su cobertura y sus derechos a presentar quejas o apelaciones:**

Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente	1-800-278-3296 (TTY: 711) o <a href="http://www.kp.org/memberservices">www.kp.org/memberservices</a>
Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos	1-866-444-3272 o <a href="http://www.dol.gov/ebsa/healthreform">www.dol.gov/ebsa/healthreform</a>
Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros	1-877-267-2323 extensión 61565 o <a href="http://www.cciio.cms.gov">www.cciio.cms.gov</a>
Departamento de Seguros de California	1-800-927-4357 o <a href="http://www.insurance.ca.gov">www.insurance.ca.gov</a>
Departamento de Atención Médica Administrada de California	1-888-466-2219 o <a href="http://www.dmhc.ca.gov">www.dmhc.ca.gov</a>

**¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.**

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles a través del Mercado u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de cobertura esencial mínima, tal vez no sea elegible para el crédito fiscal para primas del plan.

**¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí.**

Si su plan no cumple con el valor mínimo estándar, es posible que cumpla con los requisitos para recibir un crédito fiscal para primas del plan que lo ayudará a pagar un plan en el Mercado.

**Servicio de acceso a idiomas:**

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-788-0616 (TTY: 711).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-278-3296 (TTY: 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-757-7585 (TTY: 711).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijijigo holne' 1-800-278-3296 (TTY: 711).

**Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.**

**Acerca de estos ejemplos de cobertura:**



**Esta no es una herramienta de cálculo de costos.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este plan cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus proveedores cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos por el plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos planes médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

**Peg va a tener un bebé**

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

- **El deducible general del plan** \$0
- **Copago para el especialista** \$15
- **Copago del hospital (establecimiento)** \$0
- **Otro copago (análisis de sangre)** \$0

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:  
 Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)  
 Servicios profesionales para el nacimiento y el parto  
 Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto  
Exámenes de diagnóstico (*ecografías y análisis de sangre*)  
 Consulta con un especialista (*anestesia*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$12,700</b>
<b>En este ejemplo, Peg pagaría:</b>	
<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$60</b>

**Control de la diabetes tipo 2 de Joe**

(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

- **El deducible general del plan** \$0
- **Copago para el especialista** \$15
- **Copago del hospital (establecimiento)** \$0
- **Otro copago (análisis de sangre)** \$0

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:  
 Visitas en el consultorio del médico de atención primaria (*incluye la educación sobre enfermedades*)  
Exámenes de diagnóstico (*análisis de sangre*)  
Medicamentos con receta médica  
Equipo médico duradero (*glucómetro*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$5,600</b>
<b>En este ejemplo, Joe pagaría:</b>	
<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$300
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$3,500
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$3,800</b>

**Fractura simple de Mia**

(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- **El deducible general del plan** \$0
- **Copago para el especialista** \$15
- **Copago del hospital (establecimiento)** \$0
- **Otro copago (radiografía)** \$0

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:  
Atención en la Sala de Emergencias (*incluye suministros médicos*)  
Exámenes de diagnóstico (*radiografías*)  
Equipo médico duradero (*muletas*)  
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$2,800</b>
<b>En este ejemplo, Mia pagaría:</b>	
<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$200
<u>Coseguro</u>	\$10
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$210</b>

Los ejemplos de cobertura no incluyen el valor de los beneficios fuera de Kaiser Permanente que proveen otros portadores. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Administrador del Plan.