

Atención médica que funciona



Comience en buykp.org
(haga clic en "Español")

Pruebe una atención médica más simple e inteligente

Cuando todas sus necesidades se cubren con un solo plan, usted obtiene lo siguiente:

- una experiencia de atención de alta calidad, tanto en persona como virtual;
- acceso a la atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana, dondequiera que esté;
- apoyo para su salud mental y bienestar;
- atención preventiva, primaria y especializada de alta calidad.



Encuentre su versión más saludable

Le ayudamos a encontrar la atención que necesita, siempre. El cuidado en Kaiser Permanente es más sencillo y ágil gracias a la conexión entre los cuidadores, los canales de atención adicionales y el apoyo destinado a la salud de la mente y del cuerpo.

Fechas importantes relacionadas con el periodo de inscripción abierta para 2026

- El periodo de inscripción abierta para la cobertura de 2026 inicia el **1 de noviembre de 2025** y termina el **31 de enero de 2026**.
- Puede cambiar o solicitar la cobertura a través de Kaiser Permanente, o podemos ayudarle a presentar una solicitud por medio de Covered California.
- Para la cobertura que empieza el **1 de enero de 2026**, tenemos que recibir su solicitud de cobertura médica y la prima del primer mes a más tardar el **31 de diciembre de 2025**.

Cómo inscribirse durante un periodo de inscripción especial

- ¿Planea casarse o mudarse, o está por quedarse sin cobertura de salud? También puede inscribirse en la cobertura o cambiarla en otros momentos durante el año si tiene un evento calificado de vida (circunstancia de vida que califica y modifica su situación actual).
- Visite kp.org/inscripcionespecial para consultar la lista de eventos calificados de vida y las instrucciones.

¿Necesita hablar con alguien? Estamos aquí para ayudarle.

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

La combinación de atención y cobertura marca la diferencia

Sus médicos, hospitales y beneficios del plan de salud deben conjugarse para ofrecerle una atención de primera clase, en el momento y lugar que la necesite.

Desde atención preventiva, primaria y virtual hasta farmacia, laboratorio y apoyo para la salud mental, integramos todos los servicios para que reciba una atención médica centrada en usted.

Por eso, los miembros eligen continuar con Kaiser Permanente casi el doble de tiempo que con otros planes de salud.¹



Descubra cómo podemos ayudarle a vivir su mejor vida en **kp.org/infobasica**.

“ Esta fue mi primera cita con la Dra. Rieple y no podría estar más sorprendida. Me hizo sentir como si fuera la persona más importante de su agenda. ”

– Michele, miembro de Kaiser Permanente



Acceso oportuno y conveniente a la atención en persona y virtual

Obtenga la atención que necesite, cuando la necesite. Con la aplicación de Kaiser Permanente, es más fácil administrar su atención en línea o conectarse con su equipo de atención en cualquier momento. Y, gracias a nuestra amplia red de centros, especialistas y servicios, puede acceder rápido a los resultados de sus pruebas de laboratorio y a citas de atención primaria cerca de su hogar.



Atención virtual las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Visite kp.org/espanol o use nuestra aplicación para comunicarse con un profesional clínico de salud las 24 horas del día, los 7 días de la semana, por teléfono o video.² También puede enviar correos electrónicos a su equipo de atención, consultar la mayoría de los resultados de laboratorio y mucho más.



Servicio de farmacia por correo

Vuelva a surtir sus medicamentos recetados en línea, en persona o por teléfono, con opción de recogida el mismo día o entrega a domicilio el mismo día o al siguiente para la mayoría de los medicamentos.³



Atención mientras viaja

Si piensa viajar, podemos ayudarle a coordinar sus vacunas, surtir sus medicamentos recetados y mucho más. También cuenta con acceso a atención de urgencia y de emergencia en todo el mundo, no solo en los centros de Kaiser Permanente.

Apoyo para el cuerpo y la mente

Los miembros pueden recibir ayuda para la depresión, la ansiedad, las adicciones y la salud mental o emocional, sin necesidad de una referencia, dentro de Kaiser Permanente. Explore terapia individual y grupal, clases de salud, recursos de autocuidado y mucho más.⁴

Recursos para el bienestar diario

Aproveche clases, servicios y programas que le ayudarán a alcanzar sus metas de salud.⁵

- Asesoría sobre bienestar
- Programas de acondicionamiento físico
- Membresías de gimnasio

Nuestros miembros tienen:

5 veces

más probabilidades de recibir una evaluación de la depresión⁶

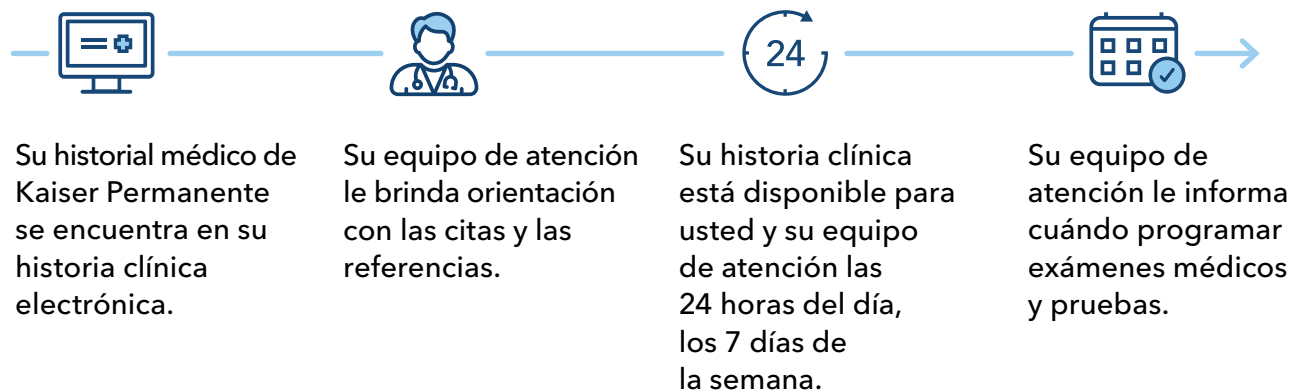
Casi 2 veces

más probabilidades de responder al tratamiento⁶

Atención de primera clase

Con la mayoría de los planes, usted recibe una amplia variedad de servicios preventivos sin costo adicional. Si necesita atención especializada, ya sea para maternidad, cáncer, salud cardíaca u otra condición, tiene acceso a tecnología de vanguardia y a atención basada en la evidencia de avanzada. Además, puede cambiar de médico de atención primaria en cualquier momento para contar siempre con un profesional a quien conozca y en quien confíe.

Le acompañamos en cada paso del camino



“ Sabemos que el día a día puede ser exigente. Por eso, en Kaiser Permanente trabajamos para que la atención médica sea sencilla y sin complicaciones. ”

— Dra. Khushboo Mehta



Cómo elegir su plan de salud

Ofrecemos una variedad de planes que se adaptan a la atención que necesita y a su presupuesto. Todos los planes brindan la misma calidad de atención, pero se dividen los costos de manera distinta.

Planes con copago o coseguro

Los planes con copago o coseguro son los más simples. Usted sabrá por adelantado cuánto pagará por la atención, como visitas al médico y medicamentos recetados. Este monto se llama “copago”. Su prima mensual es más alta, pero pagará mucho menos cuando reciba atención.

Planes con deducible

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 “deducible”. Después comenzará a pagar menos: un copago o un coseguro. Según su plan, para algunos servicios, como visitas al consultorio o medicamentos recetados, es posible que tenga que pagar un copago o un coseguro antes de que alcance su deducible.

Planes de salud con deducible alto que admiten una HSA

Los planes con deducible que admiten una cuenta de ahorros para gastos médicos (*health savings account*, HSA) tienen una característica especial que le brinda la opción de establecer una HSA para pagar costos autorizados de atención médica, como copagos, coseguro y deducibles. Usted no pagará impuestos federales sobre el dinero en esta cuenta.

Puede usar su HSA en cualquier momento para pagar su atención, incluidos algunos servicios que quizá su plan no cubra, como anteojos o cuidado dental para adultos, o bien servicios quiroprácticos.⁷ Si le queda dinero en su HSA al final del año, se transferirá para que pueda usarlo el siguiente.

Novedad para 2026: La mayoría de los planes Bronze pueden combinarse con una cuenta de ahorros para gastos médicos. Obtenga más información en healthy.kaiserpermanente.org/pages/hsa-overview (haga clic en “Español”).

¿Quiere cobertura que incluya servicios de visión, atención quiropráctica y acupuntura?

Descubra nuestros nuevos planes, **Kaiser Permanente - Gold 80 HMO 0/30 PCP** y **Kaiser Permanente - Gold 80 HMO 750/35 PCP**. La cobertura del plan incluye un examen de los ojos con asignación para materiales de óptica, 20 visitas combinadas al año a quiroprácticos o acupunturistas participantes con un copago y equipo médico duradero (como equipo de oxígeno, sillas de rueda, andadores y camas de hospital) con coseguro. Puede encontrar más información sobre los costos en las siguientes páginas.

Ejemplo de sus costos de atención

Supongamos que se lesionó el tobillo. Visita a su médico personal, quien le pide una radiografía. Es simplemente un esguince, 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	Medicamento genérico
Kaiser Permanente - Gold 80 HMO Coinsurance (sin deducible)	\$40	\$75	\$18*
Kaiser Permanente - Silver 70 HMO (deducible de \$5,200)	\$50	\$95	\$19*
Kaiser Permanente - Bronze 60 HDHP HMO (deducible de \$7,200)	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible

Es posible que reúna los requisitos para recibir asistencia financiera federal o estatal

De acuerdo con la reforma al sistema de salud, el gobierno federal o estatal puede ofrecer asistencia financiera a muchas personas, según sus ingresos.

- Hay asistencia financiera disponible para pagar las primas y los gastos de bolsillo.
- La asistencia se ofrece de acuerdo con el ingreso y el tamaño de la familia.



Es posible que sea elegible para recibir asistencia financiera federal o estatal a fin de pagar la atención o la cobertura. Visite buykp.org (haga clic en “Español”) para obtener más detalles.

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

Estas estimaciones de costos provienen de kp.org/treatmentestimates (haga clic en “Español”). Puede visitar este sitio en cualquier momento para hacerse una idea de lo que pueden costar los servicios habituales antes de que alcance su deducible.

Características de los planes: resumen de beneficios

En las tablas que aparecen en las siguientes páginas, se muestran ejemplos de los beneficios de cada plan. Consulte el diagrama a continuación para entender cómo interpretar estos cuadros.

Resumen de cómo usar el cuadro

Resumen de beneficios		KP	Ofrecido por Kaiser Permanente
Kaiser Permanente - Silver 70 HMO Off Exchange		E	Ofrecido a través del intercambio de beneficios de salud
Tipo de plan	Con deducible		
Deducible anual de servicios médicos (individual/familiar)	\$5,200/\$10,400		
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$9,800/\$19,600		
Beneficios			
Atención virtual			
Consultas electrónicas, por chat, por correo electrónico, por teléfono y por video	Sin cargo		
Atención preventiva			
Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.	Sin cargo		
Servicios para pacientes ambulatorios (por visita o procedimiento)			
Visitas al consultorio de atención primaria	\$50		
Visitas al consultorio de atención especializada	\$90		
La mayoría de las radiografías	\$95		
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$50		
Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	\$325		
Cirugía ambulatoria	30 %		
Visita de salud mental	\$50		
Atención para pacientes hospitalizados			
Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	30 % después del deducible		
Maternidad			
Visitas rutinarias de atención prenatal y primera visita posparto	Sin cargo		
Parto y cuidados de bienestar infantil para pacientes hospitalizados	30 % después del deducible		
Atención de emergencia y de urgencia			
Visitas al departamento de emergencias	\$400		
Visitas de atención de urgencia	\$50		
Medicamentos recetados (suministro para hasta 30 días)			
Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$19*		
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$60 después del deducible de farmacia de \$50*		
Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 2)	\$60 después del deducible de farmacia de \$50*		
Medicamentos especializados (Nivel 4)	20 % después del deducible de farmacia de \$50, hasta \$250 por medicamento recetado		
Salud integral			
Servicios para mantenerse sano	La cobertura incluye Wellness Coaching by Phone (asesoría de bienestar por teléfono) para que los miembros de Kaiser Permanente reciban orientación personalizada sin costo por parte de un asesor de bienestar exclusivo, sin necesidad de una referencia. Para obtener más información, visite kp.org/WellnessCoaching (haga clic en "Español").		

Deducible anual

Debe pagar este monto antes de que su plan comience a pagar la mayoría de los servicios cubiertos. Con este plan de ejemplo, usted pagaría los cargos completos de los servicios cubiertos hasta que alcance \$5,200 para usted o \$10,400 para su familia. A partir de ese momento, comenzaría a pagar los copagos o el coseguro.

Gasto máximo de bolsillo anual

Este es el monto máximo que usted pagará por atención durante el año calendario antes de que el plan comience a pagar el 100 % de la mayoría de los servicios cubiertos. En este ejemplo, nunca pagaría más de \$9,800 por usted ni más de \$19,600 por su familia en concepto de copagos, coseguro y deducible en un año calendario.

Atención preventiva sin cargo

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

Con cobertura antes de que alcance el deducible

Para algunos servicios, usted solamente pagará un copago o un coseguro, sin importar si ya alcanzó su deducible. Con este plan, las visitas de atención primaria están cubiertas por un copago de \$50, incluso antes de alcanzar su deducible. Con nuestros planes Silver con deducible, las visitas de atención primaria, atención especializada y atención de urgencia están cubiertas antes de que alcance 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 el 30 % del costo diario de su atención para pacientes hospitalizados después de que alcance su deducible. Su plan pagaría el resto hasta el fin del año calendario.

Copago

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

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

- KP** Ofrecido por Kaiser Permanente
- E** Ofrecido a través del intercambio de beneficios de salud, Covered California

Hay opciones de asistencia financiera con copagos, coseguro y deducibles más bajos disponibles para determinados planes, así como para los nativos de Alaska y los nativos americanos, en [CoveredCA.com](https://www.coveredca.com).

Resumen de beneficios	KP Kaiser Permanente - Bronze 60 HMO 7500/0% PCP	KP E Kaiser Permanente - Bronze 60 HDHP HMO	KP E Kaiser Permanente - Bronze 60 HMO	KP Kaiser Permanente - Silver 70 HDHP HMO 3600/25% PCP
Tipo de plan	Con deducible	Admite HSA	Admite HSA	Admite HSA
Deducible anual de servicios médicos (individual/familiar)	\$7,500/\$15,000	\$7,200/\$14,400	\$5,800/\$11,600	\$3,600/\$7,200
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$7,500/\$15,000	\$7,200/\$14,400	\$9,800/\$19,600	\$7,800/\$15,600
Beneficios				
Atención virtual				
Consultas electrónicas, por chat, por correo electrónico, por teléfono y por video	Sin cargo	Consultas electrónicas y por correo electrónico: sin cargo; consultas por teléfono y por video: sin cargo después del deducible	Sin cargo	Consultas electrónicas y por correo electrónico: sin cargo; consultas por teléfono y por video: sin cargo después del deducible
Atención preventiva				
Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Servicios para pacientes ambulatorios (por visita o procedimiento)				
Visitas al consultorio de atención primaria	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	\$60	25 % después del deducible
Visitas al consultorio de atención especializada	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	Primeras 3 visitas: \$95 [‡] ; visitas adicionales: \$95 después del deducible	25 % después del deducible
La mayoría de las radiografías	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	40 % después del deducible	25 % después del deducible
La mayoría de las pruebas de laboratorio	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	\$50	25 % después del deducible
Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	40 % después del deducible	25 % después del deducible
Cirugía ambulatoria	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	40 % después del deducible	25 % después del deducible
Visita de salud mental	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	Sin cargo	25 % después del deducible
Atención para pacientes hospitalizados				
Habitación y comidas, 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	25 % después del deducible
Maternidad				
Visitas rutinarias de atención prenatal y primera visita posparto	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Parto y cuidados de bienestar infantil para pacientes hospitalizados	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	40 % después del deducible	25 % después del deducible
Atención de emergencia y de urgencia				
Visitas al departamento de emergencias	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	40 % después del deducible	25 % después del deducible
Visitas de atención de urgencia	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	\$60	25 % después del deducible
Medicamentos recetados (suministro para hasta 30 días)				
Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$20*	Sin cargo después del deducible	\$20*	25 % después del deducible, hasta \$250 por medicamento recetado
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	40 % después del deducible de farmacia de \$450, hasta \$500 por medicamento recetado	25 % después del deducible, hasta \$250 por medicamento recetado
Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 2)	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	40 % después del deducible de farmacia de \$450, hasta \$500 por medicamento recetado	25 % después del deducible, hasta \$250 por medicamento recetado
Medicamentos especializados (Nivel 4)	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	40 % después del deducible de farmacia de \$450, hasta \$500 por medicamento recetado	25 % después del deducible, hasta \$250 por medicamento recetado
Salud integral				
Servicios para mantenerse sano	La cobertura incluye Wellness Coaching by Phone (asesoría de bienestar por teléfono) para que los miembros de Kaiser Permanente reciban orientación personalizada sin costo por parte de un asesor de bienestar exclusivo, sin necesidad de una referencia. Para obtener más información, visite kp.org/WellnessCoaching (haga clic en "Español").			

‡ El plan Kaiser Permanente Bronze 60 HMO incluye 3 visitas al consultorio de atención especializada por el copago del beneficio antes de que alcance el deducible.

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

Este resumen del plan destaca los beneficios, los copagos, el coseguro y los deducibles sobre los que más se consulta. Consulte el *Acuerdo de Membresía, Evidencia de Cobertura y Formulario de Revelación Combinados (Evidence of Coverage, EOC)* para conocer todos los detalles sobre su plan o las limitaciones y exclusiones específicas. Para solicitar una copia de la EOC, visite kp.org/plandocuments (en inglés), llámenos al 1-800-464-4000 (TTY 711) o comuníquese con su corredor de seguros.

- KP** Ofrecido por Kaiser Permanente
- E** Ofrecido a través del intercambio de beneficios de salud, Covered California

Hay opciones de asistencia financiera con copagos, coseguro y deducibles más bajos disponibles para determinados planes, así como para los nativos de Alaska y los nativos americanos, en [CoveredCA.com](https://www.coveredca.com).

Resumen de beneficios	KP Kaiser Permanente - Silver 70 HMO Off Exchange	E Kaiser Permanente - Silver 70 HMO	KP Kaiser Permanente - Silver 70 HMO 2850/50 PCP
Tipo de plan	Con deducible	Con deducible	Con deducible
Deducible anual de servicios médicos (individual/familiar)	\$5,200/\$10,400	\$5,200/\$10,400	\$2,850/\$5,700
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$9,800/\$19,600	\$9,800/\$19,600	\$8,900/\$17,800
Beneficios			
Atención virtual			
Consultas electrónicas, por chat, por correo electrónico, por teléfono y por video	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Atención preventiva			
Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Servicios para pacientes ambulatorios (por visita o procedimiento)			
Visitas al consultorio de atención primaria	\$50	\$50	\$50
Visitas al consultorio de atención especializada	\$90	\$90	\$80
La mayoría de las radiografías	\$95	\$95	\$70 después del deducible
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$50	\$50	\$30 después del deducible
Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	\$325	\$325	\$350 después del deducible
Cirugía ambulatoria	30 %	30 %	\$400 después del deducible
Visita de salud mental	\$50	\$50	\$50
Atención para pacientes hospitalizados			
Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	30 % después del deducible	30 % después del deducible	35 % después del deducible
Maternidad			
Visitas rutinarias de atención prenatal y primera visita posparto	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Parto y cuidados de bienestar infantil para pacientes hospitalizados	30 % después del deducible	30 % después del deducible	35 % después del deducible
Atención de emergencia y de urgencia			
Visitas al departamento de emergencias	\$400	\$400	\$350 después del deducible
Visitas de atención de urgencia	\$50	\$50	\$50
Medicamentos recetados (suministro para hasta 30 días)			
Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$19*	\$19*	\$20*
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$60 después del deducible de farmacia de \$50*	\$60 después del deducible de farmacia de \$50*	\$75 después del deducible de farmacia de \$450*
Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 2)	\$60 después del deducible de farmacia de \$50*	\$60 después del deducible de farmacia de \$50*	\$75 después del deducible de farmacia de \$450*
Medicamentos especializados (Nivel 4)	20 % después del deducible de farmacia de \$50, hasta \$250 por medicamento recetado	20 % después del deducible de farmacia de \$50, hasta \$250 por medicamento recetado	35 % después del deducible de farmacia de \$450, hasta \$250 por medicamento recetado
Salud integral			
Servicios para mantenerse sano	La cobertura incluye Wellness Coaching by Phone (asesoría de bienestar por teléfono) para que los miembros de Kaiser Permanente reciban orientación personalizada sin costo por parte de un asesor de bienestar exclusivo, sin necesidad de una referencia. Para obtener más información, visite kp.org/WellnessCoaching (haga clic en "Español").		El beneficio de la visión para adultos incluye un examen anual de los ojos con un crédito para anteojos de \$175 que puede usarse cada 24 meses. La cobertura incluye Wellness Coaching by Phone (asesoría de bienestar por teléfono) para que los miembros de Kaiser Permanente reciban orientación personalizada sin costo por parte de un asesor de bienestar exclusivo, sin necesidad de una referencia. Para obtener más información, visite kp.org/WellnessCoaching (haga clic en "Español").

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

Este resumen del plan destaca los beneficios, los copagos, el coseguro y los deducibles sobre los que más se consulta. Consulte el *Acuerdo de Membresía, Evidencia de Cobertura y Formulario de Revelación Combinados (Evidence of Coverage, EOC)* para conocer todos los detalles sobre su plan o las limitaciones y exclusiones específicas. Para solicitar una copia de la EOC, visite kp.org/plandocuments (en inglés), llámenos al 1-800-464-4000 (TTY 711) o comuníquese con su corredor de seguros.

KP Ofrecido por Kaiser Permanente
E Ofrecido a través del intercambio de beneficios de salud, Covered California

Hay opciones de asistencia financiera con copagos, coseguro y deducibles más bajos disponibles para determinados planes, así como para los nativos de Alaska y los nativos americanos, en [CoveredCA.com](https://www.coveredca.com).

Resumen de beneficios	KP Kaiser Permanente - Gold 80 HMO 750/35 PCP	KP Kaiser Permanente - Gold 80 HDHP HMO 2250/15% PCP	KP E Kaiser Permanente - Gold 80 HMO
Tipo de plan	Con deducible	Con deducible	Con copago
Deducible anual de servicios médicos (individual/familiar)	\$750/\$1,500	\$2,250 (individual)/\$3,400 (individual en familia)/\$4,500 (familia)**	Ninguno/Ninguno
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$9,200/\$18,400	\$5,000/\$10,000	\$9,200/\$18,400
Beneficios			
Atención virtual			
Consultas electrónicas, por chat, por correo electrónico, por teléfono y por video	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Atención preventiva			
Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Servicios ambulatorios			
Visitas al consultorio de atención primaria	\$35	15 % después del deducible	\$40
Visitas al consultorio de atención especializada	\$65	15 % después del deducible	\$70
La mayoría de las radiografías	\$75	15 % después del deducible	\$75
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$40	15 % después del deducible	\$40
Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	\$100 después del deducible	15 % después del deducible	\$75
Cirugía ambulatoria	\$350 después del deducible	15 % después del deducible	\$190
Visita de salud mental	\$35	15 % después del deducible	\$40
Atención para pacientes hospitalizados			
Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	25 % después del deducible	15 % después del deducible	\$375 por día hasta 5 días**
Maternidad			
Visitas rutinarias de atención prenatal y primera visita posparto	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Parto y cuidados de bienestar infantil para pacientes hospitalizados	25 % después del deducible	15 % después del deducible	\$375 por día hasta 5 días**
Atención de emergencia y de urgencia			
Visitas al departamento de emergencias	\$250 después del deducible	15 % después del deducible	\$350
Visitas de atención de urgencia	\$35	15 % después del deducible	\$40
Medicamentos recetados (suministro para hasta 30 días)			
Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$20*	15 % después del deducible, hasta \$250 por medicamento recetado	\$18*
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$55*	15 % después del deducible, hasta \$250 por medicamento recetado	\$60*
Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 2)	\$55*	15 % después del deducible, hasta \$250 por medicamento recetado	\$60*
Medicamentos especializados (Nivel 4)	25 %, hasta \$250 por medicamento recetado	15 % después del deducible, hasta \$250 por medicamento recetado	20 %, hasta \$250 por medicamento recetado
Salud integral			
Servicios para mantenerse sano	<p>El beneficio de la visión para adultos incluye un examen anual de los ojos con un crédito para anteojos de \$175 que puede usarse cada 24 meses. 20 visitas combinadas de atención quiropráctica y acupuntura al año por \$15 cada visita. Cobertura para artículos de equipo médico duradero suplementario por un costo compartido del 20 % después del deducible, hasta \$2,000 anuales. La cobertura incluye Wellness Coaching by Phone (asesoría de bienestar por teléfono) para que los miembros de Kaiser Permanente reciban orientación personalizada sin costo por parte de un asesor de bienestar exclusivo, sin necesidad de una referencia. Para obtener más información, visite kp.org/WellnessCoaching (haga clic en "Español").</p> <p>La cobertura incluye Wellness Coaching by Phone (asesoría de bienestar por teléfono) para que los miembros de Kaiser Permanente reciban orientación personalizada sin costo por parte de un asesor de bienestar exclusivo, sin necesidad de una referencia. Para obtener más información, visite kp.org/WellnessCoaching (haga clic en "Español").</p>		

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

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

‡ Si es la única persona que solicita este plan, debe alcanzar el deducible individual de \$2,250. Sin embargo, cuando la cobertura incluye a 2 o más familiares, cada persona es responsable de un deducible de \$3,400, a menos que los gastos acumulados antes alcancen el deducible familiar de \$4,500.

Este resumen del plan destaca los beneficios, los copagos, el coseguro y los deducibles sobre los que más se consulta. Consulte el *Acuerdo de Membresía, Evidencia de Cobertura y Formulario de Revelación Combinados (Evidence of Coverage, EOC)* para conocer todos los detalles sobre su plan o las limitaciones y exclusiones específicas. Para solicitar una copia de la EOC, visite kp.org/plandocuments (en inglés), llámenos al 1-800-464-4000 (TTY 711) o comuníquese con su corredor de seguros.

- KP** Ofrecido por Kaiser Permanente
- E** Ofrecido a través del intercambio de beneficios de salud, Covered California

Hay opciones de asistencia financiera con copagos, coseguro y deducibles más bajos disponibles para determinados planes, así como para los nativos de Alaska y los nativos americanos, en [CoveredCA.com](https://www.coveredca.com).

Resumen de beneficios	KP E Kaiser Permanente - Gold 80 HMO Coinsurance	KP Kaiser Permanente - Gold 80 HMO 0/30 PCP	KP E Kaiser Permanente - Platinum 90 HMO	KP E Kaiser Permanente - Minimum Coverage HMO ^{††}
Tipo de plan	Con copago	Con copago	Con copago	Admite HSA
Deducible anual de servicios médicos (individual/familiar)	Ninguno/Ninguno	Ninguno/Ninguno	Ninguno/Ninguno	\$10,600/\$21,200
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$9,200/\$18,400	\$7,800/\$15,600	\$5,000/\$10,000	\$10,600/\$21,200
Beneficios				
Atención virtual				
Consultas electrónicas, por chat, por correo electrónico, por teléfono y por video	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Atención preventiva				
Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Servicios para pacientes ambulatorios (por visita o procedimiento)				
Visitas al consultorio de atención primaria	\$40	\$30	\$15	Primeras 3 visitas al consultorio: sin cargo;*** visitas adicionales: sin cargo después del deducible
Visitas al consultorio de atención especializada	\$70	\$70	\$30	Sin cargo después del deducible
La mayoría de las radiografías	\$75	\$60	\$30	Sin cargo después del deducible
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$40	\$40	\$15	Sin cargo después del deducible
Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	25 %	\$250	\$75	Sin cargo después del deducible
Cirugía ambulatoria	30 %	\$350	\$95	Sin cargo después del deducible
Visita de salud mental	\$40	\$30	\$15	Sin cargo
Atención para pacientes hospitalizados				
Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	30 %	\$600 por día hasta 5 días**	\$225 por día hasta 5 días**	Sin cargo después del deducible
Maternidad				
Visitas rutinarias de atención prenatal y primera visita posparto	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Parto y cuidados de bienestar infantil para pacientes hospitalizados	30 %	\$600 por día hasta 5 días**	\$225 por día hasta 5 días**	Sin cargo después del deducible
Atención de emergencia y de urgencia				
Visitas al departamento de emergencias	\$350	\$325	\$175	Sin cargo después del deducible
Visitas de atención de urgencia	\$40	\$30	\$15	Primeras 3 visitas al consultorio: sin cargo;*** visitas adicionales: sin cargo después del deducible
Medicamentos recetados (suministro para hasta 30 días)				
Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$18*	\$20*	\$9*	Sin cargo después del deducible
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$60*	\$50*	\$16*	Sin cargo después del deducible
Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 2)	\$60*	\$50*	\$16*	Sin cargo después del deducible
Medicamentos especializados (Nivel 4)	20 %, hasta \$250 por medicamento recetado	20 %, hasta \$250 por medicamento recetado	10 %, hasta \$250 por medicamento recetado	Sin cargo después del deducible
Salud integral				
Servicios para mantenerse sano	La cobertura incluye Wellness Coaching by Phone (asesoría de bienestar por teléfono) para que los miembros de Kaiser Permanente reciban orientación personalizada sin costo por parte de un asesor de bienestar exclusivo, sin necesidad de una referencia. Para obtener más información, visite kp.org/WellnessCoaching (haga clic en "Español").	El beneficio de la visión para adultos incluye un examen anual de los ojos con un crédito para anteojos de \$175 que puede usarse cada 24 meses. 20 visitas combinadas de atención quiropráctica y acupuntura al año por \$15 cada visita. Cobertura para artículos de equipo médico duradero suplementario por un costo compartido del 20 % después del deducible, hasta \$2,000 anuales. La cobertura incluye Wellness Coaching by Phone (asesoría de bienestar por teléfono) para que los miembros de Kaiser Permanente reciban orientación personalizada sin costo por parte de un asesor de bienestar exclusivo, sin necesidad de una referencia. Para obtener más información, visite kp.org/WellnessCoaching (haga clic en "Español").	La cobertura incluye Wellness Coaching by Phone (asesoría de bienestar por teléfono) para que los miembros de Kaiser Permanente reciban orientación personalizada sin costo por parte de un asesor de bienestar exclusivo, sin necesidad de una referencia. Para obtener más información, visite kp.org/WellnessCoaching (haga clic en "Español").	

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

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

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

*** El plan Kaiser Permanente Minimum Coverage HMO incluye 3 visitas al consultorio sin cargo antes de que alcance el deducible. Las visitas al consultorio incluyen atención primaria y de urgencia.

Este resumen del plan destaca los beneficios, los copagos, el coseguro y los deducibles sobre los que más se consulta. Consulte el *Acuerdo de Membresía, Evidencia de Cobertura y Formulario de Revelación Combinados (Evidence of Coverage, EOC)* para conocer todos los detalles sobre su plan o las limitaciones y exclusiones específicas. Para solicitar una copia de la EOC, visite kp.org/plandocuments (en inglés), llámenos al 1-800-464-4000 (TTY 711) o comuníquese con su corredor de seguros.

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

Planes de reducción del costo compartido

Debe cumplir con los requisitos e inscribirse en los planes de reducción del costo compartido (*cost share reduction*, CSR) en esta página a través de Covered California.

Resumen de beneficios	E Kaiser Permanente - Silver 73 HMO	E Kaiser Permanente - Silver 87 HMO	E Kaiser Permanente - Silver 94 HMO
Tipo de plan	Con copago	Con copago	Con copago
Deducible anual de servicios médicos (individual/familiar)	\$5,200/\$10,400	\$1,400/\$2,800	Ninguno/Ninguno
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$8,100/\$16,200	\$3,350/\$6,700	\$1,400/\$2,800
Beneficios			
Atención virtual			
Consultas electrónicas, por chat, por correo electrónico, por teléfono y por video	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Atención preventiva			
Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Servicios para pacientes ambulatorios (por visita o procedimiento)			
Visitas al consultorio de atención primaria	\$50	\$15	\$5
Visitas al consultorio de atención especializada	\$90	\$25	\$8
La mayoría de las radiografías	\$95	\$50	\$10
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$50	\$30	\$10
Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	\$325	\$100	\$50
Cirugía ambulatoria	30 %	20 %	10 %
Visita de salud mental	\$50	\$15	\$5
Atención para pacientes hospitalizados			
Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	30 % después del deducible	20 % después del deducible	10 %
Maternidad			
Visitas rutinarias de atención prenatal y primera visita posparto	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Parto y cuidados de bienestar infantil para pacientes hospitalizados	30 % después del deducible	20 % después del deducible	10 %
Atención de emergencia y de urgencia			
Visitas al departamento de emergencias	\$400	\$200	\$50
Visitas de atención de urgencia	\$50	\$15	\$5
Medicamentos recetados (suministro para hasta 30 días)			
Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$19*	\$8*	\$3*
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$55 después del deducible de farmacia de \$50*	\$25 después del deducible de farmacia de \$50*	\$10*
Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 2)	\$55 después del deducible de farmacia de \$50*	\$25 después del deducible de farmacia de \$50*	\$10*
Medicamentos especializados (Nivel 4)	20 % después del deducible de farmacia de \$50, hasta \$250 por medicamento recetado	15 % después del deducible de farmacia de \$50, hasta \$150 por medicamento recetado	10 %, hasta \$150 por medicamento recetado
Salud integral			
Servicios para mantenerse sano	La cobertura incluye Wellness Coaching by Phone (asesoría de bienestar por teléfono) para que los miembros de Kaiser Permanente reciban orientación personalizada sin costo por parte de un asesor de bienestar exclusivo, sin necesidad de una referencia. Para obtener más información, visite kp.org/WellnessCoaching (haga clic en "Español").		

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

Este resumen del plan destaca los beneficios, los copagos, el coseguro y los deducibles sobre los que más se consulta. Consulte el *Acuerdo de Membresía, Evidencia de Cobertura y Formulario de Revelación Combinados (Evidence of Coverage, EOC)* para conocer todos los detalles sobre su plan o las limitaciones y exclusiones específicas. Para solicitar una copia de la EOC, visite kp.org/plandocuments (en inglés), llámenos al 1-800-464-4000 (TTY 711) o comuníquese con su corredor de seguros.

Conozca su tarifa



Envíe su solicitud a través de buykp.org (haga clic en "Español") para que su tarifa se calcule automáticamente.

¿Cómo se determina la tarifa?

La tarifa se basa en lo siguiente:

- el plan elegido;
- el lugar donde vive, es decir, el condado y el código postal;
- su edad en la fecha de inicio del plan (fecha de entrada en vigencia);
- si agrega el plan de seguro dental opcional para familiares adultos, que incluye a aquellos individuos cuya elegibilidad para servicios dentales pediátricos ha terminado;
- si cumple con los requisitos para recibir asistencia financiera federal.

Visite buykp.org (haga clic en "Español") o llámenos al **1-800-494-5314** (TTY 711) para saber si reúne los requisitos.

¿Le interesa un plan familiar?

Descubra la tarifa para cada familiar, de acuerdo con su edad en la fecha de inicio del plan.

Los familiares incluyen las siguientes personas:

- usted;
- su cónyuge o pareja doméstica;
- su padre, madre, padrastro y madrastra;
- todos los hijos adultos de 21 a 25 años;
- sus 3 hijos mayores menores 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 estarán cubiertos sin cargo.

Plan de Seguro Dental Opcional para Adultos

El plan de seguro opcional para adultos de Kaiser Permanente ofrece un muy buen valor por su dinero. Elija entre más de 21,000 proveedores de Delta Dental o consulte a otro dentista de su preferencia. Su plan de salud de Kaiser Permanente incluye beneficios dentales pediátricos para los miembros menores de edad hasta el final del mes en el que cumplen 19 años.

Cómo funciona el plan

- **Sin deducible para servicios preventivos.** El deducible es el monto que deberá pagar todos los años por servicios cubiertos antes de que Delta Dental empiece a pagar. Con este plan, no hay un deducible para los servicios de diagnóstico o preventivos, como limpiezas y radiografías. Para otros servicios, hay un deducible anual de \$25 por persona, hasta un máximo de \$75 para toda su familia.
- **Ahorro en costos.** Generalmente, usted pagará menos cuando visite a un proveedor de Delta Dental PPO, con más de 17,000 dentistas disponibles en California. Si no consulta a un dentista de Delta Dental PPO, también tiene acceso a dentistas de la red Delta Dental Premier. En general, pagará más con un dentista de Delta Dental Premier que con uno de Delta Dental PPO, pero menos que si consulta a un dentista fuera de Delta Dental.
- **Cobertura para toda la familia.** Si se inscribe, todos los adultos en su plan de salud también deben inscribirse. Es decir, no es posible inscribir solo a algunos miembros de su familia en el plan dental y no inscribir a otros.
- **Monto máximo anual.** El plan cubrirá hasta \$1,500 por año en servicios dentales para cada miembro inscrito.

- **Periodos de espera.** Algunos servicios dentales están sujetos a un periodo de espera antes de que el plan cubra los cargos. Consulte la Tabla de Asignaciones en su *Certificado de Seguro (Certificate of Insurance)* para conocer los servicios dentales específicos sujetos a periodos de espera.

Cómo inscribirse

Para solicitar la inscripción en el plan de seguro dental opcional para adultos, simplemente marque la casilla "Sí" en su solicitud.

- Si decide no inscribirse en este momento, no podrá inscribirse hasta el próximo periodo de inscripción abierta.
- La cobertura dental solo puede adquirirse si usted se inscribe o ya está inscrito en un plan de salud de Kaiser Permanente.
- Una vez inscrito, no podrá cancelar su cobertura dental sin cancelar su cobertura de salud regular, a menos que haga el cambio durante el periodo de inscripción abierta o en un periodo de inscripción especial.

Tarifa mensual de 2026

\$32.01 por miembro

 **DELTA DENTAL**

A REGISTERED MARK OF DELTA DENTAL PLANS ASSOCIATION



KAISER PERMANENTE®

Kaiser Permanente Insurance Company

¿Tiene preguntas?

Llame al **1-800-933-9312**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 4 p. m. Cuando llame, indique el número de grupo: 50146 para el Norte de California (NCAL) o 50147 para el Sur de California (SCAL).

- Visite **es.deltadentalins.com** para consultar la lista de proveedores Premier o de una organización de proveedores preferidos (*preferred provider organization*, PPO) en su área.
- Cuando ya esté inscrito, podrá comunicarse con la línea de servicio al cliente de Delta Dental al **1-800-835-2244**, de lunes a viernes, de 5 a. m. a 5 p. m., para consultar sobre reclamos, elegibilidad y beneficios, o para encontrar un proveedor de Delta Dental en su área.

El plan de seguro dental de Kaiser Permanente está suscrito por Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC), una subsidiaria de Kaiser Foundation Health Plan, Inc. y es administrado por Delta Dental of California. Para obtener más información, comuníquese con Delta Dental al 1-800-933-9312. (Si ya está inscrito, llame a nuestra línea telefónica gratuita al 1-800-835-2244).

Resumen de beneficios dentales

Si se inscribe en el plan dental, recibirá un *Certificado de Seguro*, que incluye una tabla de asignaciones con todos los servicios cubiertos y el monto que el plan paga por ellos.* Usted deberá pagar la diferencia entre ese monto y lo que cobre el dentista. Consulte el cuadro a continuación para ver algunos ejemplos.

Procedimiento	Lo que paga el plan
Procedimientos de diagnóstico	
Examen bucal	\$54.00
Radiografía (serie completa, incluidas las radiografías de mordida)	\$110.00
Procedimientos preventivos	
Limpieza	\$97.00
Procedimientos de restauración	
Empastes [†] (Nota: Este procedimiento está sujeto a un periodo de espera de 6 meses)	
Amalgama (una superficie, diente primario o permanente)	\$85.00
Empaste a base de resina (una superficie, diente anterior)	\$100.00
Coronas [†] (Nota: Este procedimiento está sujeto a un periodo de espera de 6 meses)	
Resina con alto contenido de metal noble	\$344.00
Procedimientos de endodoncia	
Tratamiento de conducto [†] (Nota: Este procedimiento está sujeto a un periodo de espera de 6 meses)	
Diente anterior (no incluye la restauración final)	\$459.00
Diente bicúspide (no incluye la restauración final)	\$565.00
Diente molar (no incluye la restauración final)	\$734.00
Procedimientos de cirugía bucal y maxilofacial[†] (Nota: Este procedimiento está sujeto a un periodo de espera de 6 meses)	
Extracción de diente erupcionado o raíz expuesta (extracción por elevación o fórceps)	\$110.00
Extracción quirúrgica de diente erupcionado que requiere extirpación de hueso o sección de un diente	\$170.00

Los montos cubiertos por el plan son solo un ejemplo y deben usarse únicamente con fines ilustrativos. Consulte la tabla de asignaciones en el *Certificado de Seguro* para ver una lista precisa y completa de los beneficios y las asignaciones, así como de los tratamientos y los servicios no cubiertos. Para recibir un *Certificado de Seguro*, llame a Delta Dental of California.

*En la tabla de asignaciones, se indica el monto máximo, o la asignación, que el plan pagará por cada servicio dental cubierto. El plan pagará el monto en dólares que sea más bajo de los 3 costos siguientes: la tarifa razonable y habitual que el dentista suele cobrar, la tarifa que se cobró en realidad o la asignación. El paciente deberá pagar cualquier diferencia entre la asignación y la tarifa del dentista.

[†] El periodo de espera es la cantidad de tiempo durante el cual usted y sus dependientes cubiertos deben contar ininterrumpidamente con la cobertura del plan de seguro dental para que un servicio dental específico empiece a ser un beneficio cubierto. Algunos servicios dentales cubiertos están sujetos a un periodo de espera. Consulte la tabla de asignaciones en el *Certificado de Seguro* para ver los servicios dentales específicos que están sujetos a periodos de espera.

La atención completa le permite vivir una vida más plena

Con Kaiser Permanente, su atención es más sencilla, inteligente y ágil, para que pueda dedicar más tiempo a lo que ama.

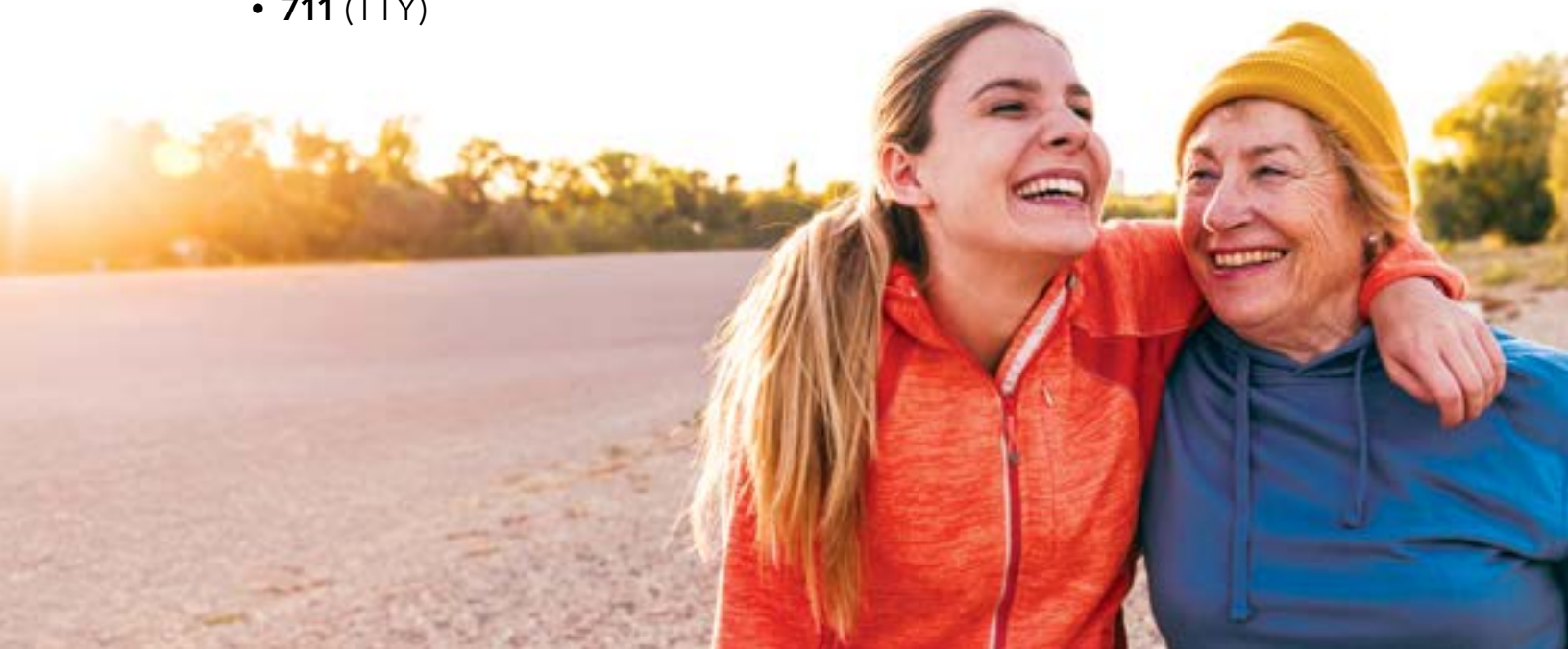


¿Quiere recibir una atención médica pensada en usted?
Visite [buykp.org](https://www.buykp.org) (haga clic en "Español") para comenzar.

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

Los miembros actuales que tengan alguna pregunta pueden llamar a Servicio a los Miembros las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos).

- **1-800-464-4000** (inglés y más de 150 idiomas a través de servicios de interpretación)
- **1-800-788-0616** (español)
- **1-800-757-7585** (dialectos chinos)
- **711** (TTY)



1. Datos internos de Kaiser Permanente, 2024; Hanming Fang, PhD, y otros, "Trends in Disenrollment and Reenrollment Within US Commercial Health Insurance Plans, 2006-2018", *JAMA Network Open*, 24 de febrero de 2022. 2. Cuando corresponda y esté disponible. 3. Los servicios de entrega de medicamentos recetados el mismo día o al siguiente pueden estar disponibles por una tarifa adicional. Estos servicios no están cubiertos por los beneficios de su plan de salud y es posible que estén limitados a farmacias, áreas y medicamentos recetados específicos. Los tiempos límite de los pedidos y los días de entrega pueden variar según la ubicación de la farmacia. Kaiser Permanente no es responsable de las demoras en la entrega por parte del servicio encargado del envío. Kaiser Permanente puede interrumpir los servicios de entrega de medicamentos recetados el mismo día o al siguiente en cualquier momento y sin previo aviso. También pueden aplicarse otras restricciones. Los beneficiarios de Medi-Cal y Medicaid deberán solicitar más información sobre la entrega de medicamentos recetados en la farmacia. 4. Es posible que tenga que pagar por algunas clases. 5. Los servicios mencionados anteriormente no son beneficios cubiertos por su plan de salud ni están sujetos a los términos establecidos en el *Acuerdo de Membresía, Evidencia de Cobertura y Formulario de Revelación Combinados (Evidence of Coverage, EOC)* u otros documentos del plan. Estos servicios se pueden interrumpir en cualquier momento sin previo aviso. 6. Calificaciones en el Conjunto de Datos e Información sobre la Eficacia de la Atención Médica (Healthcare Effectiveness Data and Information Set, HEDIS®) 2024 de Kaiser Permanente. Los datos de referencia fueron proporcionados por Quality Compass® del Comité Nacional de Garantía de Calidad (National Committee for Quality Assurance, NCQA) y representan todas las líneas comerciales. 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 2024 y se usan con permiso del NCQA. Quality Compass 2024 incluye ciertos datos de la Evaluación del Consumidor de Proveedores y Sistemas de Atención Médica (*Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems, CAHPS*). Cualquier presentación, análisis, interpretación o conclusión que se base en estos datos pertenece de manera exclusiva a los autores; el NCQA se exime específicamente de toda responsabilidad por la presentación, análisis, interpretación o conclusión. Quality Compass® y HEDIS® son marcas comerciales registradas del NCQA. CAHPS® es una marca comercial registrada de la Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud (Agency for Healthcare Research and Quality). 7. Para ver una lista completa de los servicios que puede pagar con su HSA, consulte la *Publicación 502, Gastos médicos y dentales*, en irs.gov.



Aviso de no discriminación

En este documento “nosotros” o “nuestro” se refiere a Kaiser Permanente (Kaiser Foundation Health Plan, Inc, Kaiser Foundation Hospitals, The Permanente Medical Group, Inc. y el Southern California Medical Group). Este aviso está disponible en nuestro sitio web en **kp.org/espanol**.

La discriminación es ilegal. Nosotros cumplimos con las leyes de derechos civiles federales y estatales.

Nosotros no discriminamos, excluimos ni tratamos a ninguna persona de forma distinta por motivos de edad, raza, identificación de grupo étnico, color, país de origen, antecedentes culturales, ascendencia, religión, sexo, género, identidad de género, expresión de género, orientación sexual, estado civil, discapacidad física o mental, condición médica, fuente de pago, información genética, ciudadanía, lengua materna o estado migratorio.

Kaiser Permanente ofrece los siguientes servicios:

- Ayuda y servicios sin costo a personas con discapacidades para que puedan comunicarse mejor con nosotros, tales como:
 - ♦ intérpretes calificados de lengua de señas,
 - ♦ información escrita en otros formatos (braille, impresión en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Servicios de idiomas sin costo para las personas cuya lengua materna no sea el inglés, como:
 - ♦ intérpretes calificados,
 - ♦ información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame a nuestro Departamento de Servicio a los Miembros a los números que aparecen a continuación. La llamada es gratuita. Servicio a los Miembros está cerrado los días festivos principales.

- Medicare, incluyendo D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Todos los miembros: **1-800-788-0616 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Mediante una solicitud, este documento estará disponible en braille, letra grande, audio o en formatos electrónicos. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos o en otro formato, llame a nuestro Departamento de Servicio a los Miembros y solicite el formato que necesita.

Cómo presentar una queja ante Kaiser Permanente

Usted puede presentar una queja por discriminación ante nosotros si siente que no le hemos proporcionado estos servicios o lo hemos discriminado ilícitamente de otra forma. Puede presentar una queja por teléfono, correo postal, en persona o en línea. Consulte su *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* o *Certificado de Seguro (Certificate of Insurance)* para obtener más información. También puede llamar a Servicio a los Miembros para informarse sobre las opciones que se apliquen a su caso o si necesita ayuda para presentar una queja. Puede presentar una queja por discriminación de las siguientes maneras:

- **Por teléfono:** llame a nuestro Departamento de Servicio a los Miembros. Los números telefónicos se indican arriba.

- **Por correo postal:** descargue un formulario en **kp.org** o llame a Servicio a los Miembros y pida que se le envíe un formulario para que lo devuelva.
- **En persona:** llene un formulario de queja o reclamación/solicitud de beneficios (Complaint or Benefit Claim/Request form) en una oficina de Servicio a los Miembros ubicada en un centro del plan (consulte su directorio de proveedores en kp.org/facilities [cambie el idioma a español] para obtener las direcciones).
- **En línea:** utilice el formulario en línea en nuestro sitio web en **kp.org**.

También puede comunicarse directamente con el coordinador de derechos civiles de Kaiser Permanente a la siguiente dirección:

Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator
 Member Relations Grievance Operations
 P.O. Box 939001
 San Diego CA 92193

Cómo presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California *(Solo para beneficiarios de Medi-Cal)*

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California por escrito, por teléfono o por correo electrónico:

- **Por teléfono:** llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica (Department of Health Care Services, DHCS) al **916-440-7370** (TTY **711**).
- **Por correo postal:** llene un formulario de queja o envíe una carta a:

Office of Civil Rights
 Department of Health Care Services
 P.O. Box 997413, MS 0009
 Sacramento, CA 95899-7413

Los formularios de queja están disponibles en:

http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- **En línea:** envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.

Cómo presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

Puede presentar una queja por discriminación ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights). Usted puede presentar su queja por escrito, por teléfono o en línea:

- **Por teléfono:** llame al **1-800-368-1019** (TTY **711** o al **1-800-537-7697**).
- **Por correo postal:** llene un formulario de queja o envíe una carta a:

U.S. Department of Health and Human Services
 200 Independence Avenue, SW
 Room 509F, HHH Building
 Washington, D.C. 20201

Los formularios de quejas están disponibles en:

<https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

- **En línea:** visite el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles (Civil Rights Complaint Portal) en: **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>**



KAISER PERMANENTE.
Kaiser Permanente Insurance Company
Notice of Language Assistance

No Cost Language Services. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card or 1-800-788-0710 For more help call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357. TTY users call 711. English

Servicios en otros idiomas sin ningún costo. Puede conseguir un intérprete. Puede conseguir que le lean los documentos y que algunos se le envíen en su idioma. Para obtener ayuda, llámenos al número que aparece en su tarjeta de identificación o al 1-800-788-0710. Para obtener más ayuda, llame al Departamento de Seguro de CA al 1-800-927-4357. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 711. Spanish

免費語言服務。 您可使用口譯員。您可請人將文件唸給您聽，並且您可請我們將您的語言版本文件寄給您。如需協助，請致電列於您會員卡上的電話號碼或致電1-800-788-0710與我們聯絡。如需進一步協助，請致電1-800-927-4357與加州保險局聯絡。聽障及語障電話專線使用者請致電711。Chinese

No Cost Language Services. You can get an interpreter and get documents read to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card or 1-800-788-0710. For more help call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357. TTY users call 711. English

Doo bááhlínjígóó há ata' hane. Ata' halne'í há shónáot'eeh dóo naaltsoos táá hazaad bee bik'i' aschjigo hach'i' yídóoltah biniyé hach'i' anál'jeh leh. Shíká i'doolwoł nínizingo nihich'i' hodílnih koji' 1-800-788-0710 éi bee nééhózin biniyé neiyítánígí bikáá'. Áká e'élyeed jinizingo CA Dept. of Insurance bich'i' hojilnih kwe'é 1-800-927-4357. TTY chojool'jigo éi íáá bíł azhdilchi'. Navajo

Dịch Vụ Ngôn Ngữ Miễn Phí. Quý vị có thể được cấp thông dịch viên và được người đọc tài liệu cho quý vị bằng ngôn ngữ của quý vị. Để được giúp đỡ, xin gọi cho chúng tôi theo số điện thoại ghi trên thẻ ID của quý vị hoặc số 1-800-788-0710. Để được giúp đỡ thêm, xin gọi Bộ Bảo Hiểm CA theo số 1-800-927-4357. Người sử dụng TTY gọi số 711. Vietnamese

무료 언어 서비스. 한국어 통역 서비스 및 한국어로 서류를 낭독해 드리는 서비스를 제공하고 있습니다. 도움이 필요하신 분은 귀하의 ID 카드에 나와 있는 전화번호 또는 1-800-788-0710번으로 문의하십시오. 보다 자세한 사항은 캘리포니아 주 보험국, 전화번호 1-800-927-4357번으로 문의하십시오. TTY 사용자 번호 711. Korean

Mga Libreng Serbisyo kaugnay sa Wika. Maaari kayong kumuha ng tagasalin-wika at hingin na basahin sa inyo ang mga dokumento sa sarili ninyong wika. Para humingi ng tulong, tawagan kami sa numerong nakasulat sa inyong ID card o sa 1-800-788-0710. Para sa karagdagang tulong tawagan ang CA Dept. of Insurance sa 1-800-927-4357. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711. Tagalog

Անվճար լեզվական ծառայություններ. Դուք կարող եք օգտվել բանավոր թարգմանչի ծառայություններից և խնդրել, որ փաստաթղթերը Ձեր լեզվով կարդան Ձեզ համար: Օգնության համար զանգահարեք մեզ՝ Ձեր ID քարտի վրա նշված կամ 1-800-788-0710 հեռախոսահամարով: Լրացուցիչ օգնության համար զանգահարեք Կալիֆոռնիայի ապահովագրության դեպարտամենտ՝ 1-800-927-4357 հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 711: Armenian

Бесплатные переводческие услуги. Вы можете воспользоваться услугами устного переводчика. Вам могут зачитать документы, а некоторые могут быть отправлены вам на вашем языке. Если вам нужна помощь, позвоните нам по номеру, указанному на вашей идентификационной карточке или 1-800-788-0710. За дополнительной помощью обращайтесь в Департамент страхования штата Калифорния (CA Dept. of Insurance) по телефону 1-800-927-4357. Пользователи TTY, звоните по номеру 711. Russian

言語サービス（無料）。 通訳に日本語で書類を読んでもらうことができます。通訳サービスが必要な際は、IDカードに記載の番号、または1-800-788-0710にお電話ください。さらにヘルプが必要な場合は、カリフォルニア州保険庁（1-800-927-4357）にお電話ください。TTYユーザーの方は、711までお電話にてご連絡ください。Japanese

خدمات تسهیلات زبانی رایگان. شما می‌توانید مترجم شفاهی بگیرید. می‌توانید درخواست کنید که اسناد برایتان خوانده و بعضی از آن‌ها به زبان خودتان به شما ارسال شود. برای دریافت راهنمایی، با ما به شماره مندرج در زیر یا شماره روی کارت شناسایی‌تان یا 1-800-788-0710 تماس بگیرید. برای کسب راهنمایی بیشتر، با اداره بیمه کالیفرنیا به شماره 1-800-927-4357 تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با 711 تماس بگیرند. Farsi

ਬਿਨਾ ਲਾਗਤ ਦੀ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਬਾਸੀਆ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਤੋਂ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹਾ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਮਦਦ ਲਈ, ਸਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ

ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਸੂਚੀਬੱਧ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਜਾਂ 1-800-788-0710 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਹੋਰ ਮਦਦ ਲਈ CA ਬੀਮਾ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ 1-800-927-4357 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

TTY ਵਰਤੋਂਕਾਰ 711 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰਨ। Punjabi

សេវាភាសាគតិកថ្មីៗ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែ និងឱកាសឯកសារជូនអ្នក ជាភាសាប្តូរ។ សំរាប់ជំនួយ
សូមទូរស័ព្ទមកកម្រិត តាមគលមលេខដែលមានកែតម្រូវលើ ID របស់អ្នក ឬ 1-800-788-0710។ សំរាប់ជំនួយថែមទៀត
ទូរស័ព្ទកែតម្រូវសង្គមធានារ៉ាប់រង វិបកាស៊ីប្តូរនីត្យា តាមគលមលេខ 1-800-927-4357។ អ្នកក៏បើ TTY កែតម្រូវ 711។ Khmer

خدمات اللغة بدون تكلفة. يمكنك الحصول على مترجم شفوي وخدمة قراءة المستندات لك بلغتك. للحصول على المساعدة، اتصل بنا على الرقم المدرج في بطاقة الهوية
الخاصة بك أو برقم 1-800-788-0710. لمزيد من المساعدة، اتصل بقسم التأمين بولاية كاليفورنيا على الرقم 1-800-927-4357. مستخدمو TTY يمكنهم الاتصال
برقم 711. Arabic

Cov Kev Pab Cuam Txhais Lus Dawb. Koj tuaj yeem tau txais ib tus neeg txhais lus thiab txais tau cov ntaub ntawv uas nyeem tag
ntawd xa tuaj rau koj muab sau ua koj hom lus xa tuaj Yog xav tau kev pab, hu rau peb ntawm tus xov tooj teev muaj nyob rau ntawm
koj daim yuaj ID los yog 1-800-788-0710 Yog xav tau kev pab ntxiv hu rau CA Chaw Ua Hauj Lwm Tswj Kev Tuav Pov Hwm
ntawm 1 800-927-4357. Cov neeg siv TTY hu rau 711. Hmong

निःशुल्क भाषा सेवाएं। आप एक दुभाषिया को ले सकते हैं और दस्तावेजों को अपनी भाषा में पढ़वा सकते हैं। सहायता के लिए, हमें
अपने आईडी कार्ड पर दर्ज नंबर या 1-800-788-0710 पर कॉल करें। अधिक सहायता के लिए सीए बीमा विभाग को 1-800-927-4357
पर कॉल करें। टीटीवाई उपयोगकर्ता 711 पर कॉल करें। Hindi

บริการด้านภาษาโดยไม่ค่าใช้จ่าย คุณสามารถรับคำและรับการอ่านเอกสารให้คุณฟังในภาษาของคุณได้ หากต้องการความช่วยเหลือ
โปรดโทรหาเราตามหมายเลขที่ระบุในบัตรประจำตัวประชาชน หรือ 1-800-788-0710 หากต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม
โปรดติดต่อฝ่ายประกันภัยของ CA ที่หมายเลข 1-800-927-4357 ผู้ใช้ TTY โทร 711 ภาษาอังกฤษ Thai

Notas

Notas

En California, los planes de Kaiser Foundation Health Plan (KFHP) son ofrecidos y están suscritos por Kaiser Foundation Health Plan, Inc., One Kaiser Plaza, Oakland, CA 94612.