

Cuidado para todo lo que es usted



Reciba atención médica diseñada para usted

Usted merece atención de alta calidad para su salud integral, sin importar lo que necesite: desde revisiones médicas de rutina hasta tratamientos complejos o apoyo para el bienestar mental.

Sea cual sea su prioridad, la nuestra es brindarle atención excelente: cuando se sienta de maravilla, cuando necesite ayuda y en cualquier otro momento.



Descubra cómo podemos ayudarle a mantenerse saludable y seguir haciendo lo que más le apasiona en kp.org/infobasica.



Encuentre su versión más saludable

La atención en Kaiser Permanente es más sencilla y ágil gracias a la conexión entre los cuidadores, los canales de atención adicionales y el apoyo destinado a la salud de la mente, el cuerpo y el espíritu. Le damos la bienvenida a la atención que se enfoca completamente en usted.

Fechas importantes relacionadas con el periodo de inscripción abierta para 2025

- El periodo de inscripción abierta para la cobertura de 2025 inicia el **1 de noviembre de 2024** y termina el **31 de enero de 2025**.
- Puede cambiar o solicitar la cobertura a través de Kaiser Permanente, o podemos ayudarle a presentar una solicitud por medio de DC Health Link.
- Para la cobertura que empieza el **1 de enero de 2025**, debemos recibir su solicitud a más tardar el **15 de diciembre de 2024**.

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 a lo largo del año si tiene un evento calificado de vida (circunstancia de vida que califica y modifica su situación actual).
- Visite kp.org/inscripcionespecial para consultar la lista de eventos calificados de vida y las instrucciones.

¿Necesita hablar con alguien? Estamos aquí para ayudarle

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





Un tipo diferente de atención

La atención médica que recibe debería hacerle la vida más fácil, con médicos, hospitales y beneficios del plan de salud conectados entre sí y centrados en brindarle un cuidado excepcional.

Estos son los beneficios que tiene con Kaiser Permanente:

Atención personalizada de los mejores especialistas

Acceso a la atención en todo momento y desde cualquier lugar

Costos predecibles y menos papeleo

Nuestros miembros eligen continuar con Kaiser Permanente casi 3 veces más que con otros planes de salud.¹

Atención personalizada

Para usted que merece ser comprendido y valorado

Necesita un médico que le entienda, alguien que conozca su estilo de vida, sus riesgos de salud y sus metas. En Kaiser Permanente, no tiene que explicar lo mismo cada vez que va al médico. Su equipo de atención tiene acceso a todo su historial médico de Kaiser Permanente a través de su historia clínica electrónica, por lo que conoce sus antecedentes y lo que usted necesita.

Además, puede cambiar de médico en cualquier momento y elegir entre muchos profesionales clínicos de salud que hablan más de un idioma, por lo que le será fácil encontrar el más adecuado para usted.

“ Desde la consulta con el médico hasta las pruebas de laboratorio, sabía exactamente adónde ir y no hubo ninguna complicación. ”

– Miembro de Kaiser Permanente

Le brindamos orientación en cada etapa de su atención



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



Su equipo de atención le ayuda con 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 las revisiones médicas y las pruebas.

Atención de primera clase

Para usted que espera la mejor calidad

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



Encuentre opciones de atención de alta calidad para todas las cuestiones relacionadas con la salud en buykp.org (haga clic en "Español").

Entre los primeros del país en resultados

Nos destacamos a nivel nacional en resultados para el control de afecciones, como el cáncer y las enfermedades cardíacas, y nos encontramos entre los planes de salud con calificación más alta en cada uno de los estados en los que ofrecemos servicios.^{2,3,4,5,6}



Los miembros de Kaiser Permanente tienen:

33 % más de probabilidades de **sobrevivir a enfermedades cardíacas**⁵

52 % más de probabilidades de **sobrevivir al cáncer colorrectal**⁶

20 % **menos de probabilidades de morir prematuramente** por cáncer⁵

Reconocimiento a la excelencia en la atención de ataques cerebrales y enfermedades cardíacas⁷

El programa Get With The Guidelines® de la American Heart Association (Asociación Americana del Corazón) y la American Stroke Association (Asociación Americana de Ataques Cerebrales) reconoció a **38 de nuestros centros médicos** por su compromiso con la excelencia en el tratamiento de ataques cerebrales o enfermedades cardíacas.

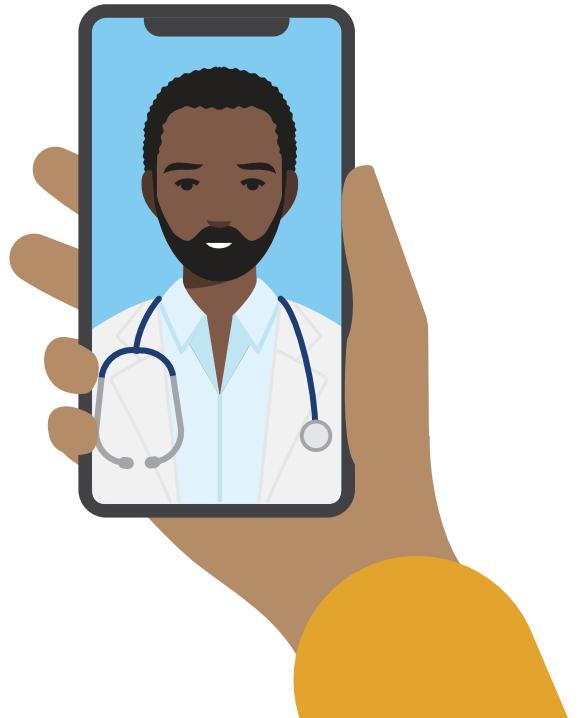
Cuidado de cáncer de calidad

Kaiser Permanente Mid-Atlantic States recibió una acreditación con mención de la Commission on Cancer (Comisión del Cáncer). Esta distinción reconoce que nuestro cuidado de cáncer supera los requisitos definidos por el American College of Surgeons (Colegio Americano de Cirujanos). Obtenga más información sobre Mid-Atlantic Kaiser Permanente Cancer Care Institute: mydoctor.kaiserpermanente.org/mas/specialties-and-institutes/cancer-care (en inglés).

Atención conveniente

Para usted que tiene una agenda ocupada

Visite kp.org/espanol o use la aplicación para hacer una cita de rutina para el mismo día o el día siguiente. También puede consultar a un profesional clínico de salud por teléfono o videollamada las 24 horas del día, los 7 días de la semana.⁸ Sin importar cómo decida comunicarse, siempre podrá hablar con un profesional de la salud que puede consultar su historial médico de Kaiser Permanente y continuar con su atención.



 Más de la mitad de nuestros miembros **evitó tener que ir a la sala de emergencias o urgencias** gracias a una consulta por video con un profesional clínico de salud.⁹

Su salud al alcance de la mano

- Obtenga atención virtual las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Envíe correos electrónicos a su equipo de atención.
- Vea la mayoría de los resultados de laboratorio y las notas del médico.
- Vuelva a surtir la mayoría de los medicamentos recetados.
- Regístrese para sus citas.
- Pague las facturas y consulte sus estados de cuenta.

Haga mucho más en una sola visita

Muchos de los centros de atención tienen farmacias y laboratorios en el mismo edificio, por lo que puede consultar a su médico, hacerse pruebas de laboratorio y recoger sus medicamentos recetados, todo en un solo lugar.

Servicio Get Care Now en todo momento

Es un servicio al instante que le permite comunicarse con el siguiente profesional clínico de salud disponible. No necesita hacer una cita para recibir atención de urgencia virtual.



Consultas electrónicas para recibir consejos personalizados en una hora o menos.

Atención en la que puede **confiar**

Para usted que quiere un servicio de confianza

Usted debería contar siempre con la atención adecuada, cuando y donde la necesite. Elija los médicos y los centros de Kaiser Permanente que más le convengan y tenga la tranquilidad de que su equipo de atención está conectado a una red nacional de servicios y especialistas.

En Kaiser Permanente, la mayoría de los miembros afirman que consiguen sus citas de atención primaria tan pronto como esperan, o incluso antes.¹⁰

Para que obtenga un servicio rápido y conveniente, ofrecemos:

-  Más citas de atención primaria
-  Atención virtual las 24 horas del día, los 7 días de la semana
-  Resultados rápidos de pruebas de laboratorio
-  Una amplia red de profesionales clínicos de salud



Descubra cómo recibir atención que se adapte a sus necesidades en kp.org/atencionconectada.



Servicio de farmacia por correo

- Surtido sencillo en línea, en persona o por teléfono
- Recogida el mismo día en la mayoría de los casos
- Entrega a domicilio de la mayoría de los medicamentos recetados¹¹
- Servicio de entrega el mismo día o el día siguiente por un costo adicional¹¹



Atención mientras viaja

- Ayuda con las vacunas, los surtidos de medicamentos recetados, etc.
- Atención de urgencia y de emergencia en todo el mundo, no solo en los centros de Kaiser Permanente

Clínicas MinuteClinic

Si necesita atención de urgencia en un estado en el que no se encuentra Kaiser Permanente, acuda a la clínica MinuteClinic® de CVS, al centro de Concentra o al centro de atención de urgencia más cerca.¹²

Atención integral

Para usted, que quiere explorar todas sus opciones de salud

Los miembros de Kaiser Permanente 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. Hable sobre lo que le preocupa con alguien de su equipo de atención en cualquier momento, y esa persona le ayudará a acceder al apoyo que usted necesita.

- Terapia individual o grupal
- Clases de salud¹³
- Medicamentos
- Recursos de autocuidado
- Aplicaciones para el bienestar mental¹⁴

¿No sabe por dónde empezar?

Hable con su médico personal sobre lo que le preocupa o llámenos para hablar con nuestro equipo de salud mental.



Recursos para el bienestar diario

Aproveche clases, servicios y programas que le ayudarán a alcanzar sus metas de salud.¹⁵

- Affinity Musculoskeletal Program (MSK) (Programa Musculoesquelético de Affinity): acupuntura, terapia de masajes y atención quiropráctica
- Programas para un estilo de vida saludable¹⁵
- Asesoramiento sobre el bienestar¹⁵
- One Pass Select™



Disfrute de ofertas especiales

en programas de acondicionamiento físico, membresías de gimnasios y recursos en línea.

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 virtuales: Gold y Silver

La prima mensual del plan virtual tiene un costo menor, y gran parte de la atención comienza con consultas virtuales. Acceda a la atención de la forma que quiera. Puede elegir entre un chat virtual o una línea telefónica para recibir consejos disponibles en cualquier momento, consultas electrónicas, consultas por video programadas, consultas por teléfono o correos electrónicos para cuestiones que no sean urgentes, sin costo adicional. Recibirá la atención y los medicamentos recetados que necesite, o le brindaremos ayuda para recibir atención en persona.

Planes de copago: Platinum y Gold

Los planes de copago 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 la atención.

Planes KP Plus: Gold

Los miembros de KP Plus reciben atención integral y de alta calidad de médicos de Kaiser Permanente. También pueden consultar a cualquier proveedor autorizado fuera de Kaiser Permanente por determinados servicios cubiertos, con hasta 10 visitas médicas ambulatorias fuera de la red por año, incluidas las visitas al consultorio del médico, servicios de laboratorio y radiología, así como hasta 5 resurtidos en farmacias fuera de la red. Los pagos fuera de la red no se acumulan para alcanzar los deducibles del plan ni 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 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 HSA: Gold y Bronze

Los planes con deducible que admiten cuenta de ahorros para gastos médicos (health savings account, HSA) son planes con deducible que tienen una característica especial. Con estos planes, puede establecer una HSA para pagar sus costos de salud, como copagos, coseguros y deducibles. Además, no pagará impuestos federales por el dinero de esta cuenta. Puede usar su HSA en cualquier momento para pagar su atención, incluso para algunos servicios que quizás no estén cubiertos por su plan, como anteojos o cuidado dental para adultos.¹⁶ Si le queda dinero en su HSA al final del año, se transferirá para que pueda usarlo el año siguiente.

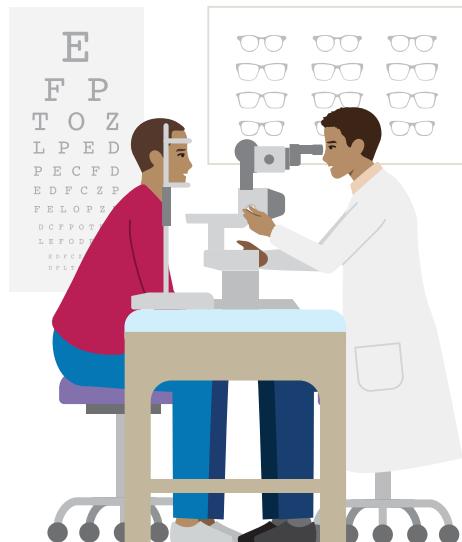
Explore la cobertura dental

La cobertura dental Kaiser Permanente Smile ofrece beneficios para tener una mejor salud bucal y de todo el cuerpo.

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

Beneficios para la vista

En Kaiser Permanente, la historia clínica electrónica de cada miembro conecta el cuidado de los ojos con la atención general, de modo que su médico de atención primaria sabe cuándo le toca un examen integral de la vista e, incluso, puede programar una cita para las pruebas de detección del glaucoma y otros problemas de la visión. Por supuesto, los miembros de Kaiser Permanente también pueden hacerse exámenes para que les receten anteojos o lentes de contacto: ahí es donde entra Vision Essentials.



Nuestra selección interna de monturas con estilo permite que los miembros se ocupen de sus anteojos y otras cuestiones médicas al mismo tiempo. Pueden pasar por Vision Essentials después de consultar a su dermatólogo o acudir al laboratorio, todo en un mismo lugar. Y, si su estilo es moderno, deportivo o vintage, tenemos el modelo adecuado.

El plan incluye lo siguiente:

- Examen rutinario de los ojos para niños y adultos
- Servicios de oftalmología para tratar enfermedades de la vista
- Artículos para la vista: monturas y lentes seleccionados sin cargo para menores de 19 años. Descuento sobre el precio de venta para adultos: \$90 en monturas y lentes; \$25 en lentes de contacto

Ejemplo de sus costos de atención

Digamos 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	La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)
KP DC Gold 0 Ded/100 RxDed/Vision (sin deducible)	\$20 (no se aplica para los niños menores de 5 años)	\$65	\$15 [†]
KP DC Silver Virtual Forward 3500 Ded (deducible de \$3,500)	Atención virtual sin cargo; la primera visita en persona sin cargo; visitas en persona adicionales a \$55 después del deducible***	30 % después del deducible	\$5 [†]
KP DC Standard Bronze 6350 Ded/HSA/Vision (deducible de \$6,350)	20 % después del deducible	20 % después del deducible	20 % 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 a muchas personas, según sus ingresos.

- Hay asistencia financiera disponible para pagar el costo de 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 información.



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

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

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 estas tablas.

Resumen de cómo interpretar la tabla

Resumen de beneficios	KP DC Silver 3200 Ded/1200 RxDed/Vision
Tipo de plan	Deductible
Deductible anual de servicios médicos (individual/familiar)	\$3,200/\$6,400
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$8,350/\$16,700
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)	
Visita al consultorio de atención primaria	\$30 (no se aplica para los niños menores de 5 años)
Visita al consultorio de atención especializada	\$60
La mayoría de las radiografías	\$70
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$40
Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	30 % después del deducible
Cirugía ambulatoria	30 % después del deducible
Visita de salud mental	\$30 (terapia individual)
Atención para pacientes hospitalizados	
Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	30 % después del deducible
Maternidad	
Consultas rutinarias de atención prenatal, primera consulta posparto	Sin cargo
Parto y cuidados de bienestar infantil para pacientes hospitalizados	30 % después del deducible
Atención de emergencia y de urgencia	
Visita al Departamento de Emergencias	30 % después del deducible
Visita 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)	\$60 después del deducible de farmacia de \$1,200 por miembro [†]
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	30% después del deducible de farmacia de \$1,200 por miembro
Medicamentos especializados (Nivel 4)	30 % después del deducible de farmacia de \$1,200 por miembro, hasta un máximo de \$150 por receta para 30 días
Salud integral	
Servicios para mantenerse sano	Los exámenes de la vista están incluidos en su plan. Acuda a nuestros centros de servicios ópticos para obtener sus anteojos y lentes de contacto. Visite kp2020.org (en inglés) para obtener más información. Explore nuestra gran variedad de recursos de autocuidado diseñados para ayudarle a que viva bien en mente, cuerpo y espíritu. Visite kp.org/selfcare (haga clic en "Español") para obtener más información.

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

Deductible anual

Debe pagar este monto antes de que su plan comience a ayudarle a pagar la mayoría de los servicios cubiertos. Con este plan de ejemplo, usted pagaría los costos completos de los servicios cubiertos hasta llegar a \$3,200 para usted o \$6,400 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 \$8,350 por usted ni más de \$16,700 por su familia para copagos, coseguros y deducibles en un año calendario.

Atención preventiva sin costo 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.

Con cobertura 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 visitas de atención primaria están cubiertas por un copago de \$30 (no se aplica para los niños menores de 5 años), incluso antes de alcanzar su deducible. Con nuestros planes Silver con deducible, la atención primaria, la atención especializada y las visitas de atención de urgencia están 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 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 \$60 por visitas de atención de urgencia, independientemente de que haya alcanzado su deducible o no.

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

Resumen de beneficios	KP DC Essential Bronze 7500 Ded/850 RxDed	KP DC Bronze 6500 Ded/Vision	KP DC Bronze 6350 Ded/HSA/Vision
Tipo de plan	Deductible	Deductible	Admite HSA
Deductible anual de servicios médicos (individual/familiar)	\$7,500/\$15,000	\$6,500/\$13,000	\$6,350/\$12,700
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$9,150/\$18,300	\$9,200/\$18,400	\$7,200/\$14,400
Beneficios			
Atención virtual			
Consultas electrónicas, por chat, por correo electrónico, por teléfono y por video	Sin cargo	Sin cargo	Consultas electrónicas, por chat 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
Servicios para pacientes ambulatorios (por visita o procedimiento)			
Visita al consultorio de atención primaria	\$45	\$65 (no se aplica para los niños menores de 5 años)	20 % después del deducible
Visita al consultorio de atención especializada	\$105	\$85 después del deducible	20 % después del deducible
La mayoría de las radiografías	\$80 después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$55 después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible
Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	\$500 después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible
Cirugía ambulatoria	40 % después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible
Visita de salud mental	\$45 (terapia individual)	\$65 (terapia individual)	20 % después del deducible
Atención para pacientes hospitalizados			
Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	40 % después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible
Maternidad			
Consultas rutinarias de atención prenatal, primera consulta posparto	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Parto y cuidados de bienestar infantil para pacientes hospitalizados	40 % después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible
Atención de emergencia y de urgencia			
Visita al Departamento de Emergencias	40 % después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible
Visita de atención de urgencia	\$100	\$85 después del deducible	20 % después del deducible
Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)			
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$25 [†]	\$40 [†]	20 % después del deducible
La mayoría de los medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$75 después del deducible de farmacia de \$850 por miembro [†]	50 % después del deducible	20 % después del deducible
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	\$100 después del deducible de farmacia de \$850 por miembro [†]	50 % después del deducible	20 % después del deducible
Medicamentos especializados (Nivel 4)	\$150 después del deducible de farmacia de \$850 por miembro por receta para 30 días	50 % después del deducible, hasta un máximo de \$150 por receta para 30 días	20 % después del deducible, hasta un máximo de \$150 por receta para 30 días
Salud integral			
Servicios para mantenerse sano	Los exámenes de la vista están incluidos en su plan. Acuda a nuestros centros de servicios ópticos para obtener sus anteojos y lentes de contacto. Visite kp2020.org (en inglés) para obtener más información. Explore nuestra gran variedad de recursos de autocuidado diseñados para ayudarle a que viva bien en mente, cuerpo y espíritu. Visite kp.org/selfcare (haga clic en "Español") para obtener más información.		

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

Este resumen del plan destaca los beneficios, copagos, coseguros y deducibles sobre los cuales se pregunta con más frecuencia. Consulte el *Acuerdo de Membresía y Evidencia de Cobertura* (Membership Agreement and Evidence of Coverage) para obtener más información 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 gastos de atención médica de su propio bolsillo hasta alcanzar el deducible. El gasto máximo de bolsillo incluye el deducible anual. La mayoría de los copagos y coseguros contribuyen al monto de gastos máximos de bolsillo.

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

Resumen de beneficios	KP DC Essential Silver 4850 Ded/350 RxDed	KP DC Silver Virtual Forward 3500 Ded	KP DC Silver 3200 Ded/1200 RxDed/Vision	KP DC Gold Virtual Forward 2000 Ded
Tipo de plan	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible
Deductible anual de servicios médicos (individual/familiar)	\$4,850/\$9,700	\$3,500/\$7,000	\$3,200/\$6,400	\$2,000/\$4,000
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$8,850/\$17,700	\$8,000/\$16,000	\$8,350/\$16,700	\$5,300/\$10,600
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)				
Visita al consultorio de atención primaria	\$40	Atención virtual sin cargo; la primera visita en persona sin cargo; visitas en persona adicionales a \$55 después del deducible***	\$30 (no se aplica para los niños menores de 5 años)	Atención virtual sin cargo; la primera visita en persona sin cargo; visitas en persona adicionales a \$50 después del deducible***
Visita al consultorio de atención especializada	\$80	\$75 después del deducible	\$60	\$70 después del deducible
La mayoría de las radiografías	\$80	30 % después del deducible	\$70	\$50 después del deducible
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$60	\$75 después del deducible	\$40	\$50 después del deducible
Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	\$400	30 % después del deducible	30 % después del deducible	\$150 después del deducible
Cirugía ambulatoria	20 % después del deducible	30 % después del deducible	30 % después del deducible	\$200 después del deducible
Visita de salud mental	\$40 (terapia individual)	Atención virtual sin cargo; la primera visita en persona sin cargo; visitas en persona adicionales a \$55 después del deducible***	\$30 (terapia individual)	Atención virtual sin cargo; la primera visita en persona sin cargo; visitas en persona adicionales a \$50 después del deducible***
Atención para pacientes hospitalizados				
Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	20 % después del deducible	30 % después del deducible	30 % después del deducible	\$300 por día hasta 3 días después del deducible*
Maternidad				
Consultas rutinarias de atención prenatal, primera consulta posparto	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Parto y cuidados de bienestar infantil para pacientes hospitalizados	20 % después del deducible	30 % después del deducible	30 % después del deducible	\$300 por día hasta 3 días después del deducible*
Atención de emergencia y de urgencia				
Visita al Departamento de Emergencias	\$400 después del deducible (el copago no se aplica si se le hospitaliza)	30 % después del deducible	30 % después del deducible	\$200 después del deducible
Visita de atención de urgencia	\$90	\$75 después del deducible	\$60	\$70 después del deducible
Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)				
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$20 [†]	\$5 [†]	\$20 [†]	\$5 [†]
La mayoría de los medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$50 después del deducible de farmacia de \$350 por miembro [†]	\$50 después del deducible [†]	\$60 después del deducible de farmacia de \$1200 por miembro [†]	\$50 después del deducible [†]
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	\$70 después del deducible de farmacia de \$350 por miembro [†]	50 % después del deducible	30 % después del deducible de farmacia de \$1200 por miembro	50 % después del deducible
Medicamentos especializados (Nivel 4)	\$150 después del deducible de farmacia de \$350 por miembro por receta para 30 días	50 % después del deducible, hasta un máximo de \$150 por receta para 30 días	30 % después del deducible de farmacia de \$1200 por miembro, hasta un máximo de \$150 por receta para 30 días	50 % después del deducible, hasta un máximo de \$150 por receta para 30 días
Salud integral				
Servicios para mantenerse sano	Los exámenes de la vista están incluidos en su plan. Acuda a nuestros centros de servicios ópticos para obtener sus anteojos y lentes de contacto. Visite kp2020.org (en inglés) para obtener más información. Explore nuestra gran variedad de recursos de autocuidado diseñados para ayudarle a que viva bien en mente, cuerpo y espíritu. Visite kp.org/selfcare (haga clic en "Español") para obtener más información.			

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

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

***Virtual Forward ofrece atención virtual sin cargo; incluye acceso ilimitado al chat con un enfermero y a consultas electrónicas, por correo electrónico, por teléfono y por video. La primera visita en persona es sin cargo antes de que alcance su deducible, incluidas las visitas de atención primaria y las visitas 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* (Membership Agreement and Evidence of Coverage) para obtener más información 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). Llámennos 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 gastos de atención médica de su propio bolsillo hasta alcanzar el deducible. El gasto máximo de bolsillo incluye el deducible anual. La mayoría de los copagos y coseguros contribuyen al monto de gastos máximos de bolsillo.

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

Resumen de beneficios	KP DC Gold 1700 Ded/HSA/Vision	KP DC Gold 1000 Ded/200 RxDed/Vision	KP DC Essential Gold 500 Ded/Vision	KP DC Gold 0 Ded/100 RxDed/Vision
Tipo de plan	Admite HSA	Deductible	Deductible	Copago
Deductible anual de servicios médicos (individual/familiar)	\$1,700 (plan solamente para el suscriptor) \$3,400/\$3,400 (plan familiar)**	\$1,000/\$2,000	\$500/\$1,000	Ninguno/Ninguno
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$5,000/\$10,000	\$6,950/\$13,900	\$6,050/\$12,100	\$7,150/\$14,300
Beneficios				
Atención virtual				
Consultas electrónicas, por chat, por correo electrónico, por teléfono y por video	Consultas electrónicas, por chat y por correo electrónico: sin cargo Consultas por teléfono y por video: sin cargo después del deducible	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)				
Visita al consultorio de atención primaria	\$25 después del deducible (el copago no se aplica para los niños menores de 5 años)	\$20 (no se aplica para los niños menores de 5 años)	\$25	\$20 (no se aplica para los niños menores de 5 años)
Visita al consultorio de atención especializada	\$50 después del deducible	\$40	\$50	\$40
La mayoría de las radiografías	\$65 después del deducible	\$70	\$50	\$65
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$30 después del deducible	\$40	\$30	\$30
Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	25 % después del deducible	\$500	\$250	\$500
Cirugía ambulatoria	25 % después del deducible	35 % después del deducible	\$500	35 % de coseguro
Visita de salud mental	\$25 después del deducible (terapia individual)	\$20 (terapia individual)	\$25 (terapia individual)	\$20 (terapia individual)
Atención para pacientes hospitalizados				
Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	25 % después del deducible	35 % después del deducible	\$600 por día hasta 5 días después del deducible*	35 % de coseguro
Maternidad				
Consultas rutinarias de atención prenatal, primera consulta posparto	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Parto y cuidados de bienestar infantil para pacientes hospitalizados	25 % después del deducible	35 % después del deducible	\$600 por día hasta 5 días después del deducible*	35 % de coseguro
Atención de emergencia y de urgencia				
Visita al Departamento de Emergencias	\$500 después del deducible (el copago no se aplica si se le hospitaliza)	\$500 (no se aplica si se le hospitaliza)	\$300 (no se aplica si se le hospitaliza)	\$500 (no se aplica si se le hospitaliza)
Visita de atención de urgencia	\$50 después del deducible	\$40	\$60	\$40
Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)				
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$15 después del deducible†	\$10†	\$15†	\$15†
La mayoría de los medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$50 después del deducible†	\$55†	\$50†	\$55†
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	25 % después del deducible	35 % después del deducible de farmacia de \$200 por miembro	\$70†	35 % después del deducible de farmacia de \$100 por miembro
Medicamentos especializados (Nivel 4)	25 % después del deducible, hasta un máximo de \$150 por receta para 30 días	35 % después del deducible de farmacia de \$200 por miembro, hasta un máximo de \$150 por receta para 30 días	\$150 por receta para 30 días	35 % después del deducible de farmacia de \$100 por miembro, hasta un máximo de \$150 por receta para 30 días
Salud integral				
Servicios para mantenerse sano	Los exámenes de la vista están incluidos en su plan. Acuda a nuestros centros de servicios ópticos para obtener sus anteojos y lentes de contacto. Visite kp2020.org (en inglés) para obtener más información. Explore nuestra gran variedad de recursos de autocuidado diseñados para ayudarle a que viva bien en mente, cuerpo y espíritu. Visite kp.org/selfcare (haga clic en "Español") para obtener más información.			

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

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

** Para un plan KP DC Gold 1700 Ded/HSA/Vision solamente para el suscriptor, el deducible individual es de \$1,700. Para un plan KP DC Gold 1700 Ded/ HSA/Vision familiar, no hay un deducible individual de \$1,700. En su lugar, solo hay un deducible familiar de \$3,400, que pueden alcanzar uno o más familiares. Cuando la contribución combinada de todos los familiares cubiertos alcance el deducible aplicable de \$3,400, se cumplirá con el deducible de todos los familiares, quienes empezarán a pagar solo los montos de los copagos y coseguros correspondientes en lo que resta del año del plan.

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* (Membership Agreement and Evidence of Coverage) para obtener más información 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). Llámennos 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 gastos de atención médica de su propio bolsillo hasta alcanzar el deducible. El gasto máximo de bolsillo incluye el deducible anual. La mayoría de los copagos y coseguros contribuyen al monto de gastos máximos de bolsillo.

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

Resumen de beneficios	KP DC Gold Plus 0 Ded/100 RxDed/Vision	KP DC Essential Platinum 0 Ded/Vision	KP DC Catastrophic [†] 9200 Ded/Vision
Tipo de plan	Copago	Copago	Deductible
Deductible anual de servicios médicos (individual/familiar)	Ninguno/Ninguno	Ninguno/Ninguno	\$9,200/\$18,400
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$7,150/\$14,300	\$2,100/\$4,200	\$9,200/\$18,400
Beneficios			
Atención virtual			
Consultas electrónicas, por chat, por correo electrónico, por teléfono y por video	Sin cargo ^{†††}	Sin cargo	Consultas electrónicas, por chat 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
Servicios para pacientes ambulatorios (por visita o procedimiento)			
Visita al consultorio de atención primaria	\$20 (no se aplica para los niños menores de 5 años) ^{†††}	\$20	Las primeras 3 visitas al consultorio sin cargo; ^{‡‡} visitas adicionales sin cargo después del deducible
Visita al consultorio de atención especializada	\$40 ^{†††}	\$40	Sin cargo después del deducible
La mayoría de las radiografías	\$65 ^{†††}	\$40	Sin cargo después del deducible
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$30 ^{†††}	\$20	Sin cargo después del deducible
Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	\$500	\$150	Sin cargo después del deducible
Cirugía ambulatoria	35 % de coseguro	\$250	Sin cargo después del deducible
Visita de salud mental	\$20 (terapia individual) ^{†††}	\$20 (terapia individual)	Las primeras 3 visitas al consultorio sin cargo; ^{‡‡} visitas adicionales sin cargo después del deducible
Atención para pacientes hospitalizados			
Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	35 % de coseguro	\$250 por día hasta 5 días*	Sin cargo después del deducible
Maternidad			
Consultas rutinarias de atención prenatal, primera consulta posparto	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Parto y cuidados de bienestar infantil para pacientes hospitalizados	35 % de coseguro	\$250 por día hasta 5 días*	Sin cargo después del deducible
Atención de emergencia y de urgencia			
Visita al Departamento de Emergencias	\$500 (no se aplica si se le hospitaliza)	\$150 (no se aplica si se le hospitaliza)	Sin cargo después del deducible
Visita de atención de urgencia	\$40 ^{†††}	\$40	Sin cargo después del deducible
Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)			
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$15 ^{†††}	\$5 [†]	Sin cargo después del deducible
La mayoría de los medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$55 ^{†††}	\$15 [†]	Sin cargo después del deducible
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	35 % después del deducible de farmacia de \$100 por miembro ^{†††}	\$25 [†]	Sin cargo después del deducible
Medicamentos especializados (Nivel 4)	35 % después del deducible de farmacia de \$100 por miembro, hasta un máximo de \$150 por receta para 30 días ^{†††}	\$100 por receta para 30 días	Sin cargo después del deducible
Salud integral			
Servicios para mantenerse sano	Los exámenes de la vista están incluidos en su plan. Acuda a nuestros centros de servicios ópticos para obtener sus anteojos y lentes de contacto. Visite kp2020.org (en inglés) para obtener más información. Explore nuestra gran variedad de recursos de autocuidado diseñados para ayudarle a que viva bien en mente, cuerpo y espíritu. Visite kp.org/selfcare (haga clic en "Español") para obtener más información.		

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

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

‡ Únicamente los solicitantes menores de 30 años y los solicitantes mayores de 30 años que presenten un certificado del Mercado de Seguros de Salud del Distrito de Columbia que demuestre dificultades económicas o la carencia de cobertura económica pueden contratar un plan KP DC Catastrophic.

†† El plan KP DC Catastrophic incluye tres visitas al consultorio sin cargo antes de que alcance el deducible. Las visitas al consultorio comprenden consultas de atención primaria o de salud mental para pacientes ambulatorios.

††† Con KP Plus, tiene cobertura para un máximo de 10 visitas médicas ambulatorias fuera de la red por año, incluidas visitas al consultorio del médico, servicios de laboratorio y radiología, y atención de urgencia (dentro del área de servicio), así como hasta 5 resurtidos en farmacias fuera de la red. Los pagos fuera de la red no se acumulan para alcanzar los deducibles del plan ni 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* (Membership Agreement and Evidence of Coverage) para obtener más información 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 gastos de atención médica de su propio bolsillo hasta alcanzar el deducible. El gasto máximo de bolsillo incluye el deducible anual. La mayoría de los copagos y coseguros contribuyen al monto de gastos máximos de bolsillo.

Planes de reducción del costo compartido

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

Resumen de beneficios	KP DC Silver Virtual Forward 2500 Ded/CSR	KP DC Silver Virtual Forward 500 Ded/CSR	KP DC Silver Virtual Forward 0 Ded/CSR	KP DC Essential Silver 4000 Ded/350 RxDed/CSR	KP DC Essential Silver 150 Ded/CSR
Tipo de plan	Deductible	Deductible	Copago	Deductible	Deductible
Deductible anual de servicios médicos (individual/familiar)	\$2,500/\$5,000	\$500/\$1,000	Ninguno/Ninguno	\$4,000/\$8,000	\$150/\$300
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$7,350/\$14,700	\$2,500/\$5,000	\$1,000/\$2,000	\$7,000/\$14,000	\$3,050/\$6,100
Beneficios					
Atención virtual					
Consultas electrónicas, por chat, por correo electrónico, por teléfono y por video	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Atención preventiva					
Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Servicios para pacientes ambulatorios (por visita o procedimiento)					
Visita al consultorio de atención primaria	Atención virtual sin cargo; la primera visita en persona sin cargo; visitas en persona adicionales a \$45 después del deducible***	Atención virtual sin cargo; la primera visita en persona sin cargo; visitas en persona adicionales a \$35 después del deducible***	Atención virtual sin cargo; la primera visita en persona sin cargo; visitas en persona adicionales a \$15***	\$40	\$25
Visita al consultorio de atención especializada	\$65 después del deducible	\$55 después del deducible	\$40	\$75	\$40
La mayoría de las radiografías	20 % después del deducible	10 % después del deducible	5 %	\$80	\$50
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$65 después del deducible	\$55 después del deducible	\$40	\$60	\$35
Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	20 % después del deducible	10 % después del deducible	5 %	\$400	\$150
Cirugía ambulatoria	20 % después del deducible	10 % después del deducible	5 %	20 % después del deducible	20 % después del deducible
Visita de salud mental	Atención virtual sin cargo; la primera visita en persona sin cargo; visitas en persona adicionales a \$45 después del deducible***	Atención virtual sin cargo; la primera visita en persona sin cargo; visitas en persona adicionales a \$35 después del deducible***	Atención virtual sin cargo; la primera visita en persona sin cargo; visitas en persona adicionales a \$15***	\$40 (terapia individual)	\$25 (terapia individual)
Atención para pacientes hospitalizados					
Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	20 % después del deducible	10 % después del deducible	5 %	20 % después del deducible	20 % después del deducible
Maternidad					
Consultas rutinarias de atención prenatal, primera consulta posparto	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Parto y cuidados de bienestar infantil para pacientes hospitalizados	20 % después del deducible	10 % después del deducible	5 %	20 % después del deducible	20 % después del deducible
Atención de emergencia y de urgencia					
Visita al Departamento de Emergencias	20 % después del deducible	10 % después del deducible	5 %	\$400 después del deducible (el copago no se aplica si se le hospitaliza)	\$250 después del deducible (el copago no se aplica si se le hospitaliza)
Visita de atención de urgencia	\$65 después del deducible	\$55 después del deducible	\$40	\$75	\$40
Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)					
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$5 [†]	\$5 [†]	Sin cargo	\$20 [†]	\$15 [†]
La mayoría de los medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$50 después del deducible [†]	\$30 después del deducible [†]	\$20 [†]	\$50 después del deducible de farmacia de \$350 por miembro [†]	\$50 [†]
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	50 % después del deducible	30 % después del deducible	20 %	\$70 después del deducible de farmacia de \$350 por miembro [†]	\$70 [†]
Medicamentos especializados (Nivel 4)	50 % después del deducible, hasta un máximo de \$150 por receta para 30 días	30 % después del deducible, hasta un máximo de \$150 por receta para 30 días	20 % después del deducible, hasta un máximo de \$150 por receta para 30 días	\$150 después del deducible de farmacia de \$350 por miembro por receta para 30 días	\$150 por receta para 30 días
Salud integral					
Servicios para mantenerse sano	Los exámenes de la vista están incluidos en su plan. Acuda a nuestros centros de servicios ópticos para obtener sus anteojos y lentes de contacto. Visite kp2020.org (en inglés) para obtener más información. Explore nuestra gran variedad de recursos de autocuidado diseñados para ayudarle a que viva bien en mente, cuerpo y espíritu. Visite kp.org/selfcare (haga clic en "Español") para obtener más información.				

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

**Virtual Forward ofrece atención virtual sin cargo; incluye acceso ilimitado al chat con un enfermero y a consultas electrónicas, por correo electrónico, por teléfono y por video. La primera visita en persona es sin cargo antes de que alcance su deducible, incluidas las visitas de atención primaria y las visitas 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* (Membership Agreement and Evidence of Coverage) para obtener más información 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 gastos de atención médica de su propio bolsillo hasta alcanzar el deducible. El gasto máximo de bolsillo incluye el deducible anual. La mayoría de los copagos y coseguros contribuyen al monto de gastos máximos de bolsillo.

Planes de reducción del costo compartido

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

Resumen de beneficios	KP DC Essential Silver 0 Ded/CSR	KP DC Silver 3100 Ded/1100 RxDed/CSR Vision	KP DC Silver 0 Ded/30 RxDed/CSR/Vision	KP DC Silver 0 Ded/CSR/Vision
Tipo de plan	Copago	Deductible	Copago	Copago
Deductible anual de servicios médicos (individual/familiar)	Ninguno/Ninguno	\$3,100/\$6,200	Ninguno/Ninguno	Ninguno/Ninguno
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$2,800/\$5,600	\$7,250/\$14,500	\$3,000/\$6,000	\$2,200/\$4,400
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)				
Visita al consultorio de atención primaria	\$5	\$30 (no se aplica para los niños menores de 5 años)	\$10 (no se aplica para los niños menores de 5 años)	\$5 (no se aplica para los niños menores de 5 años)
Visita al consultorio de atención especializada	\$10	\$55	\$40	\$15
La mayoría de las radiografías	\$5	\$70	\$40	\$20
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$5	\$40	\$40	\$5
Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	\$50	30 % después del deductible	30 % de coseguro	10 % de coseguro
Cirugía ambulatoria	10 % de coseguro	30 % después del deductible	30 % de coseguro	10 % de coseguro
Visita de salud mental	\$5	\$30 (terapia individual)	\$10 (terapia individual)	\$5 (terapia individual)
Atención para pacientes hospitalizados				
Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	10 % de coseguro	30 % después del deductible	30 % de coseguro	10 % de coseguro
Maternidad				
Consultas rutinarias de atención prenatal, primera consulta posparto	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Parto y cuidados de bienestar infantil para pacientes hospitalizados	10 % de coseguro	30 % después del deductible	30 % de coseguro	10 % de coseguro
Atención de emergencia y de urgencia				
Visita al Departamento de Emergencias	\$250 (no se aplica si se le hospitaliza)	30 % después del deductible	30 % de coseguro	10 % de coseguro
Visita de atención de urgencia	\$10	\$55	\$40	\$15
Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)				
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$5 [†]	\$17 [†]	\$10 [†]	\$5 [†]
La mayoría de los medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$10 [†]	\$60 después del deductible de farmacia de \$1100 por miembro [†]	\$60 [†]	\$10 [†]
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	\$35 [†]	30 % después del deductible de farmacia de \$1100 por miembro	30 % después del deductible de farmacia de \$30 por miembro	10 % de coseguro
Medicamentos especializados (Nivel 4)	\$100 por receta para 30 días	30 % después del deductible de farmacia de \$1100 por miembro, hasta un máximo de \$150 por receta para 30 días	30 % después del deductible de farmacia de \$30 por miembro, hasta un máximo de \$150 por receta para 30 días	10 % hasta un máximo de \$150 por receta para 30 días
Salud integral				
Servicios para mantenerse sano	Los exámenes de la vista están incluidos en su plan. Acuda a nuestros centros de servicios ópticos para obtener sus anteojos y lentes de contacto. Visite kp2020.org (en inglés) para obtener más información. Explore nuestra gran variedad de recursos de autocuidado diseñados para ayudarle a que viva bien en mente, cuerpo y espíritu. Visite kp.org/selfcare (haga clic en "Español") para obtener más información.			

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

Este resumen del plan destaca los beneficios, copagos, coseguros y deducibles sobre los cuales se pregunta con más frecuencia. Consulte el *Acuerdo de Membresía y Evidencia de Cobertura* (Membership Agreement and Evidence of Coverage) para obtener más información 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 deductible, usted tendrá que pagar los gastos de atención médica de su propio bolsillo hasta alcanzar el deductible. El gasto máximo de bolsillo incluye el deductible anual. La mayoría de los copagos y coseguros contribuyen al monto de gastos máximos de bolsillo.

Descubra su tarifa



Envíe su solicitud en 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 viva, es decir, el condado y el código postal.
 - Su edad en la fecha de inicio del plan (fecha de vigencia).
 - Si cumple los requisitos para recibir asistencia financiera federal.
- Visite buykp.org (en inglés) o llámenos al **1-800-494-5314** (TTY 711) para saber si cumple 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 a las siguientes personas:

- Usted
- Su cónyuge o pareja doméstica
- Todos los hijos adultos de entre 21 y 25 años
- Sus 3 hijos mayores que tengan 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 contarán con cobertura sin cargo.

Verifique si su código postal aparece a continuación. Si no, llámenos al **1-800-494-5314** (TTY 711) para obtener información sobre las tarifas en otras áreas.

Códigos postales para Washington, D.C.

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

Beneficios, exclusiones y limitaciones

Exclusiones médicas

En esta disposición, se informa qué servicios 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 sin cobertura, no cubrimos los servicios que usted reciba durante la preparación para la cirugía ni durante la atención de seguimiento. Si luego sufre una complicación que ponga en riesgo su vida, como una infección grave, esta exclusión no se aplicaría y cubriríamos cualquier servicio que de otra forma estaría cubierto para tratar la complicación.

Los siguientes servicios están excluidos de la cobertura:

- 1. Ciertos servicios médicos alternativos**, excepto cuando se usan para la anestesia, los servicios de acupuntura y cualquier otro servicio de un acupunturista, naturópata y terapeuta de masajes.
- 2. Ciertos exámenes y servicios**, como exámenes físicos y otros servicios que cumplen estas condiciones:
 - a. Son necesarios para conseguir o conservar un empleo o para participar en programas para empleados.
 - b. Son necesarios para obtener determinaciones sobre seguros, licencias o incapacidad.
 - c. Son solicitados por orden judicial o necesarios para obtener libertad condicional o un periodo de prueba.

- 3. Servicios estéticos**, entre ellos, cirugías o servicios relacionados, y otros servicios con fines estéticos para mejorar la apariencia, pero no para restaurar una función del organismo o corregir una deformidad provocada por una enfermedad, un traumatismo o anomalías congénitas o del desarrollo. Algunos ejemplos de servicios estéticos son la dermatología estética, los servicios de cirugías estéticas y los servicios dentales estéticos.
- 4. Atención de custodia**, que se refiere a la ayuda para las actividades de la vida diaria (por ejemplo, caminar, acostarse y levantarse de la cama, bañarse, vestirse, comer, ir al baño y tomar medicamentos) o la atención que pueden brindar de manera segura y eficaz personas que, para hacerlo, no necesitan títulos o certificados médicos ni la supervisión de un enfermero titulado.
- 5. Suministros desechables** para uso en el hogar, como vendajes, gasa, cinta, antisépticos, vendas y vendajes elásticos.
- 6. Equipo médico duradero**, a excepción del equipo que cubriríamos específicamente.
- 7. Responsabilidad del empleador o del gobierno**, es decir, la responsabilidad financiera de pagar los servicios que un empleador u organismo gubernamental deben proporcionar por ley.
- 8. Un servicio experimental o de investigación**, que es aquel para el cual, en relación con su afección, es posible hacer alguna de las siguientes afirmaciones en el momento en el que usted reciba el servicio:
 - a. No puede ponerse a la venta legalmente en los Estados Unidos sin la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) y no se le ha otorgado esa aprobación.

- b. Actualmente está sujeto a la solicitud de un nuevo medicamento o dispositivo que se encuentra en los archivos de la FDA, pero que la FDA aún no ha aprobado.
- c. Está sujeto a la aprobación o la revisión de una Junta de Revisión Institucional (Institutional Review Board, IRB) del centro de atención, que aprueba o revisa las investigaciones en cuanto a la seguridad, la toxicidad o la eficacia de los servicios.
- d. Es el tema de un protocolo escrito usado por el centro de atención para investigaciones, ensayos clínicos u otras pruebas o estudios con el fin de evaluar su seguridad, efectividad, toxicidad o eficacia, como se indica en el protocolo en sí o en el formulario de consentimiento por escrito que emplea el centro.
- f. Las normas, los registros, las solicitudes y cualquier otra medida o documento emitidos, archivados o utilizados por la FDA, la Oficina de Evaluación Tecnológica, otros organismos dentro del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o cualquier organismo del estado que desempeñe funciones similares

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

9. Aparatos prostéticos y ortopédicos externos, que son los servicios y suministros para dispositivos protésicos y ortopédicos externos.

10. Servicios para la infertilidad:

- a. Su historia clínica
- b. Los protocolos escritos u otros documentos según los cuales se haya proporcionado o se vaya a proporcionar el servicio
- c. Los documentos de consentimiento que usted o su representante hayan firmado o deban firmar para que se reciba el servicio
- d. Los expedientes y registros de la IRB u otra organización similar que apruebe o revise la investigación en la institución donde se haya proporcionado o vaya a proporcionarse el servicio y cualquier otra información relacionada con la autoridad o las medidas de la IRB u otra organización similar
- e. Las publicaciones médicas o científicas con autoridad sobre el servicio, como se hayan aplicado a su enfermedad o lesión

- a. A excepción de la inseminación artificial o la fecundación *in vitro*, los servicios para cualquier otro medio artificial o quirúrgico de concepción, incluido cualquier medicamento que se administre en relación con dichos procedimientos.
- b. Cualquier servicio o suministro proporcionado después de una transferencia de embriones a una persona no cubierta por cualquier plan de salud en relación con un embarazo por maternidad subrogada o gestacional (incluido, entre otros, una persona que da a luz a un bebé para una pareja infértil).

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

12. Servicios para miembros bajo custodia de oficiales del orden público, es decir, servicios de proveedores fuera del plan brindados o coordinados por instituciones de justicia penal para miembros bajo custodia de oficiales del orden público, excepto los servicios que están cubiertos como servicios de emergencia.

13. Gastos de viaje y hospedaje;

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

14. Compensación del trabajador o responsabilidad del empleador,

es decir, cualquier enfermedad o lesión relacionada con el empleo o empleo autónomo, incluida cualquier enfermedad o lesión que surja debido a un trabajo a cambio de una remuneración o un beneficio, o durante su transcurso, a menos que tenga a su disposición otra fuente de cobertura o reembolso para los servicios o suministros. Las fuentes de cobertura o reembolso pueden incluir a su empleador, la compensación del trabajador o una enfermedad ocupacional o programa similar en virtud de la ley local, estatal o federal. Una fuente de cobertura o reembolso se considerará disponible para usted incluso si renunció a su derecho al pago de esa fuente. Si también tiene cobertura en virtud de una ley de compensación del trabajador o una ley similar y envía pruebas de que no tiene cobertura para una enfermedad o lesión particular en virtud de dicha ley, esa enfermedad o lesión se considerará "no ocupacional", independientemente de la causa.

Limitaciones médicas

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

1. Un desastre de gran magnitud
2. Una epidemia
3. Una guerra

4. Disturbios

5. Una insurrección civil
6. La incapacidad de una gran parte del personal de un hospital o centro médico del plan
7. La destrucción total o parcial de las instalaciones

Un disturbio es un altercado público que involucra a un grupo de cinco (5) personas o más que, por medio de una conducta violenta y tumultuosa o de amenazas, generan un peligro serio de dañar propiedades o lastimar a personas.

Una exclusión o limitación por un disturbio se deberá aplicar solo cuando una persona voluntariamente participe en un disturbio o incite o invite a otras personas a participar en un disturbio de forma deliberada.

En el caso de que no podamos proporcionar los servicios, nosotros, Kaiser Foundation Hospitals, el grupo médico y los médicos del plan del grupo médico de Kaiser Permanente solo seremos responsables de reembolsar los gastos en los que haya incurrido un miembro necesariamente para obtener los servicios a través de otros proveedores, en la medida definida por el comisionado de seguros.

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

Exclusiones de farmacia

No cubrimos:

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

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

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

https://healthy.kaiserpermanente.org/static/health/pdfs/formulary/mid/mid_exchange_formulary.pdf

(haga clic en "Español")

También puede comunicarse con Servicio a los Miembros, de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 9:00 p. m., al **1-800-777-7902** o **711** (TTY).

Limitaciones de farmacia

En el caso de los medicamentos recetados por dentistas, la cobertura se limita a antibióticos y medicamentos para aliviar el dolor que están incluidos en nuestra

lista de medicamentos cubiertos y que se compran en una farmacia del plan, a menos que se cumplan los criterios para recibir cobertura de medicamentos no preferidos.

En caso de emergencia civil o escasez de uno o más medicamentos recetados, podríamos limitar la disponibilidad tras consultar con el Departamento de Manejo de Emergencias o con el Comité de Farmacia y Terapéutica. Si se limita, se aplicará el costo compartido correspondiente por medicamento recetado. Sin embargo, el miembro podrá presentar un reclamo por la diferencia que haya entre el costo compartido de un medicamento recetado completo y el costo compartido proporcional del monto efectivamente recibido.

A excepción de los medicamentos de mantenimiento y los anticonceptivos, los miembros están limitados a obtener un suministro de treinta (30) días y se les cobrará el costo compartido correspondiente según lo siguiente:

- a. La dosis recetada
- b. El tamaño estándar del paquete del fabricante
- c. Los límites de surtido especificados

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

- a. La dosis recetada
- b. El tamaño estándar del paquete del fabricante
- c. Los límites de surtido especificados

Exclusiones dentales

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

1. Cualquier procedimiento no mencionado en este plan.

2. Los servicios que, según la opinión del dentista a cargo, no son necesarios para la salud dental del miembro.
3. Los procedimientos o servicios dentales llevados a cabo únicamente con fines estéticos o que no son necesarios desde el punto de vista odontológico o médico, a menos que el miembro haya adquirido el plan estético adicional Ortho Plus Plan y los servicios se incluyan en las pautas de beneficios de dicho plan.
4. Cualquier servicio o aparato dental que se ha determinado que no es razonable o necesario para mantener o mejorar su salud dental o la de su dependiente, según lo determine el plan conforme a los estándares de atención dental generalmente aceptados.
5. Los procedimientos opcionales, incluida la extracción profiláctica de los terceros molares.
6. El reemplazo de dentaduras postizas, coronas, aparatos o puentes que se perdieron, fueron robados o se dañaron.
7. Los servicios dentales proporcionados o pagados por un organismo o una autoridad del gobierno estatal o federal, una subdivisión política u otro programa público diferente de Medicaid o Medicare.
8. El tratamiento requerido debido a un accidente causado por una fuerza externa o autoinfligido, a menos que se mencione de alguna otra manera como servicio cubierto.
9. Los servicios para restaurar la estructura dental debido a desgaste, erosión o abrasión.
10. Los procedimientos experimentales o servicios de investigación, entre ellos, cualquier tratamiento, terapia, procedimiento, medicamento o uso de medicamentos, instalaciones o uso de instalaciones, equipo o uso de equipos, dispositivo o uso de dispositivos, o suministro que no están reconocidos como conformes a los estándares profesionales generalmente aceptados, o cuya seguridad y eficacia no se han determinado para su uso en el tratamiento para el que se recomienda o receta el artículo o servicio en cuestión.
11. Los procedimientos, los aparatos o la restauración para corregir malformaciones congénitas o del desarrollo.
12. Los gastos dentales en los que se incurre con respecto a cualquier procedimiento dental iniciado después de la cancelación de la cobertura o antes de la fecha en que el miembro empezara a ser elegible para dichos servicios.
13. Los servicios dentales que se reciben en un entorno de atención de emergencia para afecciones que no sean emergencias si el suscriptor, de manera razonable, debería haber sabido que no se trataba de una situación de atención de emergencia.
14. Los 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, que se excluyen de los beneficios de ortodoncia.
15. Citas interrumpidas, a menos que estén cubiertas específicamente.

Centros médicos de Kaiser Permanente



Nuestra meta es que le sea lo más fácil y conveniente posible recibir la atención que necesita cuando la necesite. Consulte el mapa a continuación o visite kp.org/ubicaciones para encontrar el centro más cercano.¹⁷

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 KASER PERMANENTE.
- 20 West Hyattsville Medical Center
 - 21 White Marsh Medical Center
 - 22 Woodlawn Medical Center

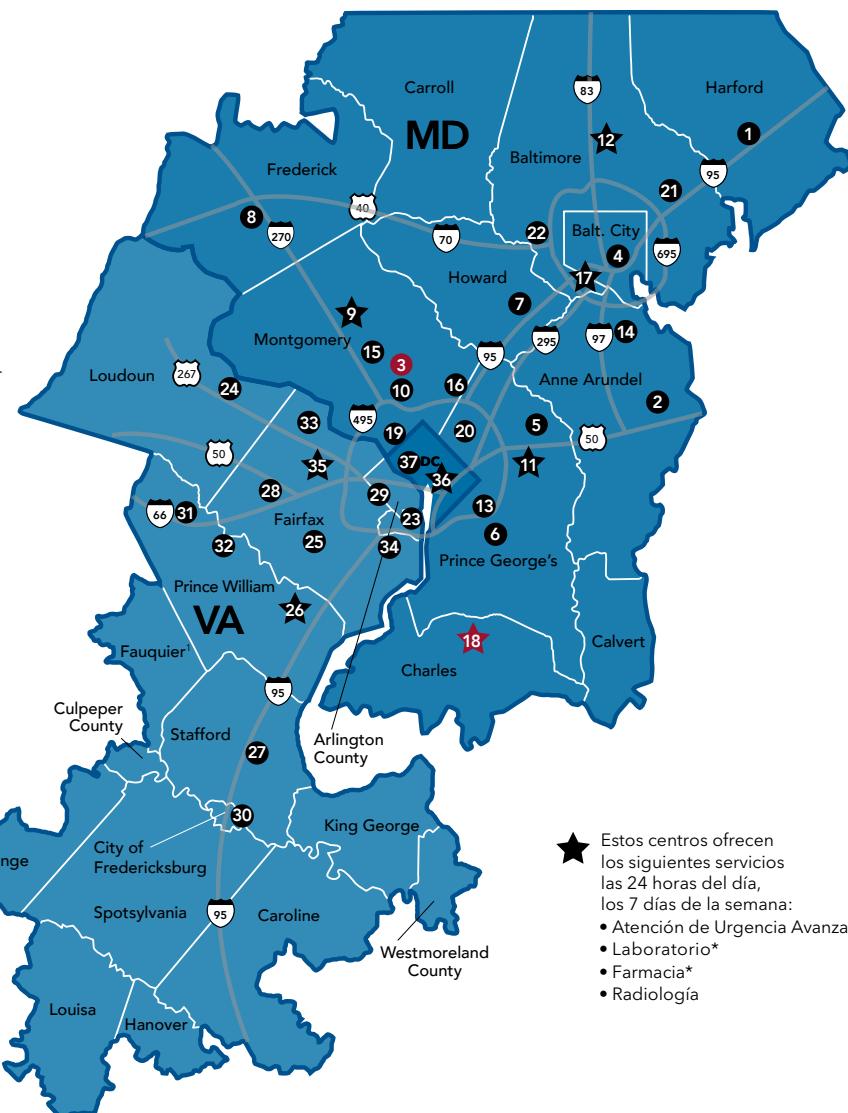
Virginia

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

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

Washington, DC

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



*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.

Atención completa para ayudarle a vivir una vida más plena y saludable

Con Kaiser Permanente, nuestros equipos de atención de confianza coordinan y personalizan toda su atención para que pueda dedicar más tiempo a hacer lo que le apasiona.

¿Tiene preguntas sobre las opciones de plan?



Visite buykp.org
(haga clic en "Español")
para comenzar.

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 días festivos).



1. Datos internos de Kaiser Permanente, 2020; Hanming Fang, PhD, y otros, "Trends in Disenrollment and Reenrollment Within US Commercial Health Insurance Plans, 2006-2018", *JAMA Network*, 24 de febrero de 2022. **2.** Calificaciones en el Conjunto de Datos e Información sobre la Eficacia de la Atención Médica (Healthcare Effectiveness Data and Information Set, HEDIS®) 2023 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 2023 y se usan con permiso del NCQA. Quality Compass 2023 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 es exclusivamente de los autores, y el NCQA se exime específicamente de toda responsabilidad por tales. Quality Compass® y HEDIS® son marcas comerciales registradas del NCQA. CAHPS® es una marca comercial registrada de la Agency for Healthcare Research and Quality (Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud). **3.** Informe anual de 2022, Kaiser Permanente, about.kaiserpermanente.org/who-we-are/annual-reports/2022-annual-report (en inglés). **4.** Calificaciones de los Planes de Seguro de Salud Privados del NCQA para 2023 y 2024, Comité Nacional de Garantía de Calidad, 2023: Kaiser Foundation Health Plan of Colorado – HMO (calificación 4 de 5); Kaiser Foundation Health Plan of Georgia, Inc. – HMO (calificación 4 de 5); Kaiser Foundation Health Plan, Inc., of Hawaii – HMO (calificación 4 de 5); Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc. – HMO (calificación 5 de 5); Kaiser Foundation Health Plan, Inc., of Northern California – HMO (calificación 4.5 de 5); Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest – HMO (calificación 4 de 5); Kaiser Foundation Health Plan, Inc., of Southern California – HMO (calificación 4.5 de 5); Kaiser Foundation Health Plan of Washington – HMO (calificación 4 de 5). **5.** Elizabeth A. McGlynn, PhD, y otros, "Measuring Premature Mortality Among Kaiser Permanente Members Compared to the Community", Kaiser Permanente, 20 de julio de 2022. **6.** Theodore R. Levin, MD, y otros, "Effects of Organized Colorectal Cancer Screening on Cancer Incidence and Mortality in a Large, Community-Based Population", *Gastroenterology*, noviembre de 2018. **7.** American Heart Association (Asociación Americana del Corazón) y American Stroke Association (Asociación Americana de Ataques Cerebrales), 11 de julio de 2024. **8.** Cuando corresponda y esté disponible. Si viaja fuera del estado, es posible que las consultas por teléfono y por video no estén disponibles debido a leyes estatales que impiden que los médicos brinden atención en otros estados. Las leyes varían según el estado. **9.** Encuesta de GCN realizada tras la consulta a 60,945 miembros de Kaiser Permanente, 2023. **10.** Kaiser Permanente National Market Research, noviembre de 2023. **11.** No todos los medicamentos recetados pueden enviarse por correo; es posible que haya restricciones. Confirme con su farmacia local. Los servicios de entrega de medicamentos el mismo día o el día siguiente pueden estar disponibles por un costo adicional. Estos servicios no están cubiertos por los beneficios de su plan de salud y es posible que estén limitados a farmacias, zonas 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 suspender los servicios de envío de medicamentos el mismo día o el día 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 el envío de medicamentos recetados en la farmacia. **12.** Si recibe atención de urgencia en una clínica MinuteClinic® de CVS o en un centro de Concentra, se le cobrará el copago o coseguro estándar. **13.** Es posible que deba pagar por algunas clases. **14.** Las aplicaciones y los servicios mencionados anteriormente no son beneficios de su plan de salud, no están cubiertos por Medicare ni están sujetos a los términos establecidos en la *Evidencia de Cobertura* u otros documentos del plan. Las aplicaciones y los servicios pueden suspenderse en cualquier momento. **15.** Los servicios mencionados anteriormente no son beneficios de su plan de salud ni están sujetos a los términos establecidos en la *Evidencia de Cobertura* u otros documentos del plan. Los servicios pueden suspenderse en cualquier momento y sin previo aviso. **16.** 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. **17.** Los mapas y los centros de atención están sujetos a cambios.

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: የሚገኘውን ቁጥጥር አማርኛ ከሆነ የተጠገኘው እርምጃ ድርጅቶች: በነፃ ለማግኘት ተዘጋጀተዋል: ወደ ማረጋገጫ ቁጥር ፭.፭፻፮፮ የሚገኘውን **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)**.

Bàsóò Wùdqù (Bassa) Dè dè nìà kε dyéqué gbo: O jú ké ዘ Bàsóò-wùdqù-po-nyò jú ní, níí, à wuqu kà kò qò po-poò bén ዘ gbo kpáa. Đá **1-800-777-7902 (TTY: 711)**

বাংলা (Bengali) নথ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। কোন 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)**.

ગાજુરાતી (Gujarati) સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિઃશુલ્ક 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 हिन्दी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **1-800-777-7902 (TTY: 711)** पर कॉल करें।

Igbo (Igbo) NRUBAMA: O bụru na i na asụ Igbo, ọru enyemaka asụsụ, n'efu, díjirí gi. Kpọ 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 nínízín: Díí saad bee yánílti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánida'áwo'déé', t'áá jiik'eh, eí ná hóló, kojí' hódíílnih **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 serbisyong tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-777-7902 (TTY: 711)**.

ไทย (Thai) เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทย 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 **1-800-777-7902 (TTY: 711)** کریں.

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)**.

Guía de inscripción de 2025 para el Distrito de Columbia

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