

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 profesionales de la salud, 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 **15 de enero de 2025**.
- Usted puede cambiar o solicitar la cobertura por medio de Kaiser Permanente, o nosotros podemos ayudarlo a realizar la solicitud por medio de Maryland Health Connection.
- Para la cobertura que empieza el **1 de enero de 2025**, debemos recibir su solicitud de cobertura médica a más tardar el **31 de diciembre de 2024**.

Cómo inscribirse durante un periodo de inscripción especial

- ¿Se está por casar o mudar, 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 médica 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 estar explicando lo mismo cada vez que vaya 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 cuál sea la atención que necesita (salud mental, maternidad, cuidado de cáncer, salud del corazón y más), tendrá 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 su 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 condiciones 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 un:

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 cáncer**⁵

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 calidad para el cáncer

Kaiser Permanente Mid-Atlantic States (KPMAS) 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.

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 médico 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.
- Regístrese para sus citas.
- Pague las facturas y consulte sus estados de cuenta.

Haga mucho más en una sola visita

La mayoría 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, todo en un solo lugar.

Servicio Get Care Now 24/7

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.

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 cercano.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 cuidado personal,
- aplicaciones para 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 masaje 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: 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 médica 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 asuntos que no sean urgentes, sin costo adicional. Recibirá la atención y los medicamentos que necesite, o le brindaremos ayuda para recibir atención en persona.

Planes con copago: Platinum y Gold

Los planes con copagos son los más sencillos. 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 citas médicas fuera de la red por año, incluidas las visitas al consultorio del médico, servicios de laboratorio y radiología, como también hasta 5 resurtidos de medicamentos fuera de la red. Los pagos fuera de la red no se acumulan para alcanzar los deducibles del plan o el gasto máximo de bolsillo. El plan se ofrece solo fuera del mercado.

Visite choiceproducts-midatlantic.kaiserpermanente.org/hmo-dhmo-plus/ 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: Bronze

Los planes de salud con deducible que admiten una 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 quizá 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.

Atención dental conveniente y económica

Los servicios de atención dental de Kaiser Permanente Individual and Family Plans están diseñados para personas que contratan un seguro para sí mismas o para sus familias. Los planes ofrecen una gama de opciones económicas para que los miembros de Kaiser Permanente puedan satisfacer sus necesidades de atención dental y evitar costosos procedimientos en el futuro.

Los servicios de atención dental para adultos solo se ofrecen fuera del mercado. Servicios de atención dental para adultos:

Kaiser Permanente Smile KPIF Dental EPO,
Kaiser Permanente Smile KPIF Dental C-POS Basic,
Kaiser Permanente Smile KPIF Dental C-POS High.

La incorporación de la cláusula adicional OrthoPlus ofrece cobertura para procedimientos de ortodoncia estética mejorados.

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 los ojos 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 aparece Vision Essentials.

Nuestra selección interna de monturas con estilo permite que los miembros de Kaiser Permanente 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. No importa cuál sea su estilo: moderno, deportivo o antiguo, tenemos la receta adecuada.

El plan incluye lo siguiente:

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

Ejemplo de sus costos de atención

Digamos que se lesionó el tobillo. Va a su médico personal, quien solicita 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	Consulta	Radiografía	La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)
KP MD Gold 0 Ded/150 RxDed/Vision (sin deducible)	\$20	\$65	\$10*
KP MD Silver Virtual Forward 4,200 (deducible de \$4,200)	Atención virtual sin cargo; primera consulta en persona, sin cargo; consultas en persona adicionales, \$45 después del deducible**	30 % después del deducible	\$20*
KP MD Bronze 7500 Ded/HSA/Vision (deducible de \$7,500)	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 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 a las consultas electrónicas, por chat, por correo electrónico, por teléfono y por video. La primera consulta en persona es sin cargo antes de que alcance su deducible, incluidas las consultas de atención primaria y las consultas de atención de salud mental para pacientes ambulatorios.

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	<div> <div>KP</div> <div>E</div> </div>
	<div> <div>KP MD Silver</div> <div>3000 Ded/700 RxDed/Vision</div> <div>KP MD Silver</div> <div>3000 Ded/700 RxDed/Off</div> </div>
Tipo de plan	Deducible
Deducible anual de servicios médicos (individual/familiar)	\$3,000/\$6,000
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$9,200/\$18,400
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 consulta o procedimiento)	
Visita al consultorio de atención primaria	\$35
Visita al consultorio de atención especializada	\$60
La mayoría de las radiografías	\$85
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$60
Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	50 % después del deducible
Cirugía ambulatoria	40 % después del deducible
Consulta de salud mental	\$35 (terapia individual)
Atención para pacientes hospitalizados	
Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	40 % después del deducible
Maternidad	
Consultas rutinarias de atención prenatal, primera consulta posparto	Sin cargo
Parto y cuidados de bienestar infantil para pacientes hospitalizados	40 % después del deducible
Atención de emergencia y de urgencia	
Visita al Departamento de Emergencias	40 % 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)	\$80*†
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	40 % después del deducible de farmacia de \$700 por miembro†
Medicamentos especializados (Nivel 4)	40 % después del deducible de farmacia de \$700 por miembro hasta un máximo de \$150 por receta médica de 30 días
Salud integral	
Servicios 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/autocuidado para obtener más detalles.

KP Ofrecido por Kaiser Permanente.

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

Deducible anual

Debe pagar este monto antes de que su plan comience a ayudarlo 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 \$3,000 para usted o \$6,000 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 \$9,200 por usted y no más de \$18,400 por su familia por concepto de 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.

Cubierto antes de alcanzar su 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 \$35, 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 40 % del costo diario de su atención para pacientes hospitalizados después de que alcance su deducible. Su plan pagaría el resto hasta el fin del año calendario.

Copago

Este es el monto fijo que paga por servicios cubiertos, en general después de que alcance su deducible. En este ejemplo, comenzaría a pagar un copago de \$60 por visitas de atención de urgencia, independientemente de que haya alcanzado su deducible o no.

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

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

KP Ofrecido por Kaiser Permanente.

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

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

Resumen de beneficios	KP E KP MD Bronze Value 9200 Ded/Vision	KP E KP MD Bronze 7500 Ded/HSA/Vision	KP E KP MD Bronze 6700 Ded/Vision	KP E KP MD Silver 6000 Ded/Vision KP MD Silver 6000 Ded/Vision/Off
Tipo de plan	Deducible	Admite HSA	Deducible	Deducible
Deducible anual de servicios médicos (individual/familiar)	\$9,200/\$18,400	\$7,500/\$15,000	\$6,700/\$13,400	\$6,000/\$12,000
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$9,200/\$18,400	\$7,500/\$15,000	\$9,200/\$18,400	\$8,200/\$16,400
Beneficios				
Atención virtual				
Consultas electrónicas, por chat, por correo electrónico, por teléfono y por video	Sin cargo	Consultas electrónicas, por chat, por correo electrónico, por teléfono y por video: sin cargo después del deducible	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 consulta o procedimiento)				
Visita al consultorio de atención primaria	\$35	Sin cargo después del deducible	\$40	\$40
Visita al consultorio de atención especializada	\$100	Sin cargo después del deducible	\$50 después del deducible	\$60
La mayoría de las radiografías	\$150	Sin cargo después del deducible	40 % después del deducible	\$70
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$80	Sin cargo después del deducible	40 % después del deducible	\$50
Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	40 % después del deducible	35 % después del deducible
Cirugía ambulatoria	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	40 % después del deducible	35 % después del deducible
Consulta de salud mental	\$35 (terapia individual)	Sin cargo después del deducible	\$40 (terapia individual)	\$40 (terapia individual)
Atención para pacientes hospitalizados				
Habitación y 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	35 % 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	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	40 % después del deducible	35 % después del deducible
Atención de emergencia y de urgencia				
Visita al Departamento de Emergencias	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	40 % después del deducible	35 % después del deducible
Visita de atención de urgencia	\$75	Sin cargo después del deducible	\$50 después del deducible	\$60
Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)				
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$25*	Sin cargo después del deducible	\$20*	\$30*
La mayoría de los medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	40 % después del deducible†	\$60*†
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	50 % después del deducible†	50 % después del deducible†
Medicamentos especializados (Nivel 4)	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	50 % después del deducible, hasta un máximo de \$150 por receta 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 ayudarlo a que viva bien en mente, cuerpo y espíritu. Visite kp.org/autocuidado para obtener más detalles.			

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

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

Los medicamentos de la lista de medicamentos cubiertos entregados en farmacias participantes están cubiertos por un costo ligeramente más alto.

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

KP Ofrecido por Kaiser Permanente.

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

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

Resumen de beneficios	KP KP MD Silver Value 4500 Ded/750 RxDed/Vision KP MD Silver Value 4500 Ded/750 RxDed/Vision/Off	E	KP KP MD Silver Virtual Forward 4200 Ded	KP KP MD Silver Virtual Forward 3200 Ded KP MD Silver Virtual Forward 3200 Ded/Off	E KP MD Silver 3000 Ded/700 RxDed/Off
	Deducible		Deducible	Deducible	Deducible
Tipo de plan					
Deducible anual de servicios médicos (individual/familiar)	\$4,500/\$9,000		\$4,200/\$8,400	\$3,200/\$6,400	\$3,000/\$6,000
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familia)	\$7,600/\$15,200		\$7,500/\$15,000	\$8,000/\$16,000	\$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	Sin cargo
Atención preventiva					
Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.	Sin cargo		Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Servicios para pacientes ambulatorios (por consulta o procedimiento)					
Visita al consultorio de atención primaria	\$35		Atención virtual sin cargo; primera consulta en persona, sin cargo; consultas en persona adicionales, \$45 después del deducible**	Atención virtual sin cargo; primera consulta en persona, sin cargo; consultas en persona adicionales, \$45 después del deducible**	\$35
Visita al consultorio de atención especializada	\$100		\$65 después del deducible	\$65 después del deducible	\$60
La mayoría de las radiografías	\$150		30 % después del deducible	30 % después del deducible	\$85
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$80		\$75 después del deducible	\$75 después del deducible	\$60
Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	\$600 después del deducible		30 % después del deducible	30 % después del deducible	50 % después del deducible
Cirugía ambulatoria	\$300 después del deducible		30 % después del deducible	30 % después del deducible	40 % después del deducible
Consulta de salud mental	\$35 (terapia individual)		Atención virtual sin cargo; primera consulta en persona, sin cargo; consultas en persona adicionales, \$45 después del deducible**	Atención virtual sin cargo; primera consulta en persona, sin cargo; consultas en persona adicionales, \$45 después del deducible**	\$35 (terapia individual)
Atención para pacientes hospitalizados					
Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	\$550 por hospitalización después del deducible		30 % después del deducible	30 % después del deducible	40 % 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	\$550 por hospitalización después del deducible		30 % después del deducible	30 % después del deducible	40 % después del deducible
Atención de emergencia y de urgencia					
Visita al Departamento de Emergencias	\$500 después del deducible (no se aplica en caso de ser admitido)		30 % después del deducible	30 % después del deducible	40 % después del deducible
Visita de atención de urgencia	\$75		\$65 después del deducible	\$65 después del deducible	\$60
Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)					
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$25, se aplica el gasto máximo de bolsillo de farmacia*		\$20*	\$10*	\$20*
La mayoría de los medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$75 después del deducible de farmacia de \$750 por miembro; se aplica el gasto máximo de bolsillo de farmacia*		50 % después del deducible**	50 % después del deducible**	\$80**
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	\$80 después del deducible de farmacia de \$750 por miembro; se aplica el gasto máximo de bolsillo de farmacia*		50 % después del deducible*	50 % después del deducible*	40 % después del deducible de farmacia de \$700 por miembro*
Medicamentos especializados (Nivel 4)	\$100 después del deducible de farmacia de \$750 por miembro; se aplica el gasto máximo de bolsillo de farmacia		50 % después del deducible, hasta un máximo de \$150 por receta para 30 días	50 % después del deducible, hasta un máximo de \$150 por receta para 30 días	40 % después del deducible de farmacia de \$700 por miembro hasta un máximo de \$150 por receta médica de 30 días
Salud integral					
Servicios 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/autocuidado para obtener más detalles.				

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

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

** Virtual Forward ofrece atención virtual sin cargo; incluye acceso ilimitado a las consultas electrónicas, por chat, por correo electrónico, por teléfono y por video. La primera consulta en persona es sin cargo antes de que alcance su deducible, incluidas las consultas de atención primaria y las consultas de atención de salud mental para pacientes ambulatorios. Los medicamentos de la lista de medicamentos cubiertos entregados en farmacias participantes están cubiertos por un costo ligeramente más alto.

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

KP Ofrecido por Kaiser Permanente.

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

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

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

^{*} Pedido por correo: suministro de 90 días de medicamentos recetados autorizados por el costo de un suministro de 60 días.

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

^{***} Con KP Plus, tiene cobertura para un máximo de 10 visitas médicas ambulatorias fuera de la red por año, incluidas visitas al consultorio médico, servicios de laboratorio y radiología, y 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 o el gasto máximo de bolsillo.

Los medicamentos de la lista de medicamentos cubiertos entregados en farmacias participantes están cubiertos por un costo ligeramente más alto.

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

KP Ofrecido por Kaiser Permanente.

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

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

Resumen de beneficios	KP E KP MD Gold 0 Ded/150 RxDed/Vision	KP E KP MD Platinum 0 Ded/Vision	KP E KP MD Catastrophic ^{††} 9200 Ded/Vision
Tipo de plan	Copago	Copago	Deducible
Deducible anual de servicios médicos (individual/familiar)	Ninguno/Ninguno	Ninguno/Ninguno	\$9,200/\$18,400
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familia)	\$8,500/\$17,000	\$3,900/\$7,800	\$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, por correo electrónico, 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 consulta o procedimiento)			
Visita al consultorio de atención primaria	\$20	\$15	Las primeras 3 visitas al consultorio son gratuitas. ^{***} Las demás visitas no tienen cargo después del deducible.
Visita al consultorio de atención especializada	\$40	\$20	Sin cargo después del deducible
La mayoría de las radiografías	\$65	\$20	Sin cargo después del deducible
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$30	\$20	Sin cargo después del deducible
Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	\$500	\$250	Sin cargo después del deducible
Cirugía ambulatoria	35 %	\$350	Sin cargo después del deducible
Consulta de salud mental	\$20 (terapia individual)	\$15 (terapia individual)	Las primeras 3 visitas al consultorio son gratuitas. ^{***} Las demás visitas no tienen cargo después del deducible.
Atención para pacientes hospitalizados			
Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	35 %	\$350 por día, hasta 4 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 %	\$350 por día, hasta 4 días ^{**}	Sin cargo después del deducible
Atención de emergencia y de urgencia			
Visita al Departamento de Emergencias	\$500 (no se aplica si se le hospitaliza)	\$300 (no se aplica si se le hospitaliza)	Sin cargo después del deducible
Visita de atención de urgencia	\$40	\$20	Sin cargo después del deducible
Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)			
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$10 [*]	\$5 [*]	Sin cargo después del deducible
La mayoría de los medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$55 ^{*,†}	\$35 ^{*,†}	Sin cargo después del deducible
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	35 % después del deducible de farmacia de \$150 por miembro [†]	\$55 ^{*,†}	Sin cargo después del deducible
Medicamentos especializados (Nivel 4)	35 % después del deducible de farmacia de \$150 por miembro, hasta un máximo de \$150 por receta para 30 días	\$150 [*]	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 ayudarlo a que viva bien en mente, cuerpo y espíritu. Visite kp.org/autocuidado para obtener más detalles.		

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

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

*** El plan KP MD Catastrophic incluye 3 visitas al consultorio sin cargo antes de que alcance su deducible. Las visitas al consultorio incluyen consultas de atención primaria o de salud mental para pacientes ambulatorios.

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

†† Únicamente los solicitantes menores de 30 años o los solicitantes mayores de 30 años que reciban una exención debido a dificultades económicas o la carencia de cobertura económica pueden inscribirse en este plan. Para solicitar una exención, visite el sitio marketplace.cms.gov/applications-and-forms/hardship-exemption.pdf y siga las instrucciones.

Los medicamentos de la lista de medicamentos cubiertos entregados en farmacias participantes están cubiertos por un costo ligeramente más alto.

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

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

Planes de reducción del costo compartido (CSR)

Debe cumplir los requisitos e inscribirse en los planes de reducción del costo compartido (*cost share reduction*, CSR) en marylandhealthconnection.gov.

Resumen de beneficios	E KP MD Silver Value 4500 Ded/750 RxDed/CSR/Vision	E KP MD Silver Value 1000 Ded/150 RxDed/CSR/Vision	E KP MD Silver Value 0 Ded/CSR/Vision	E KP MD Silver 2000 Ded/CSR/Vision
Tipo de plan	Deducible	Deducible	Copago	Deducible
Deducible anual de servicios médicos (individual/familiar)	\$4,500/\$9,000	\$1,000/\$2,000	Ninguno/Ninguno	\$2,000/\$4,000
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familia)	\$5,850/\$11,700	\$2,550/\$5,100	\$1,850/\$3,700	\$7,250/\$14,500
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 consulta o procedimiento)				
Visita al consultorio de atención primaria	\$35	\$10	\$5	\$35
Visita al consultorio de atención especializada	\$100	\$35	\$20	\$55
La mayoría de las radiografías	\$150	\$50	\$20	\$55
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$80	\$25	\$5	\$40
Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	\$600 después del deducible	\$350 después del deducible	\$125	35 % después del deducible
Cirugía ambulatoria	\$300 después del deducible	\$200	\$110	35 % después del deducible
Consulta de salud mental	\$35 (terapia individual)	\$10 (terapia individual)	\$5	\$35 (terapia individual)
Atención para pacientes hospitalizados				
Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	\$550 por hospitalización después del deducible	\$350 por hospitalización después del deducible	\$150 por hospitalización	35 % después del deducible
Maternidad				
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	\$550 por hospitalización después del deducible	\$350 por hospitalización después del deducible	\$150 por hospitalización	35 % después del deducible
Atención de emergencia y de urgencia				
Visita al Departamento de Emergencias	\$500 después del deducible (no se aplica en caso de ser admitido)	\$150 después del deducible (no se aplica en caso de ser admitido)	\$75 (no se aplica en caso de ser admitido)	35 % después del deducible
Visita de atención de urgencia	\$75	\$30	\$15	\$55
Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)				
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$25, se aplica el gasto máximo de bolsillo de farmacia [†]	\$6, se aplica el gasto máximo de bolsillo de farmacia [†]	Sin cargo, se aplica el gasto máximo de bolsillo de farmacia [†]	\$20*
La mayoría de los medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$75 después del deducible de farmacia de \$750 por miembro; se aplica el gasto máximo de bolsillo de farmacia [†]	\$25 después del deducible de farmacia de \$150 por miembro; se aplica el gasto máximo de bolsillo de farmacia [†]	\$5, se aplica el gasto máximo de bolsillo de farmacia ^{†,‡}	\$60 ^{†,‡}
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	\$80 después del deducible de farmacia de \$750 por miembro; se aplica el gasto máximo de bolsillo de farmacia [†]	\$50 después del deducible de farmacia de \$150 por miembro; se aplica el gasto máximo de bolsillo de farmacia [†]	\$15, se aplica el gasto máximo de bolsillo de farmacia [†]	35 % después del deducible [†]
Medicamentos especializados (Nivel 4)	\$100 después del deducible de farmacia de \$750 por miembro; se aplica el gasto máximo de bolsillo de farmacia [†]	\$60 después del deducible de farmacia de \$150 por miembro; se aplica el gasto máximo de bolsillo de farmacia [†]	\$25, se aplica el gasto máximo de bolsillo de farmacia [†]	35 % después del deducible, hasta un máximo de \$150 por receta 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/autocuidado para obtener más detalles.			

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

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

Los medicamentos de la lista de medicamentos cubiertos entregados en farmacias participantes están cubiertos por un costo ligeramente más alto.

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

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

Planes de reducción del costo compartido (CSR)

Debe cumplir los requisitos e inscribirse en los planes de reducción del costo compartido (*cost share reduction*, CSR) en marylandhealthconnection.gov.

Resumen de beneficios	E KP MD Silver 0 Ded/CSR-B/Vision	E KP MD Silver 0 Ded/CSR-A/Vision	E KP MD Silver Virtual Forward 2000 Ded/CSR
Tipo de plan	Copago	Copago	Deducible
Deducible anual de servicios médicos (individual/familiar)	Ninguno/Ninguno	Ninguno/Ninguno	\$2,000/\$4,000
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familia)	\$3,050/\$6,100	\$1,750/\$3,500	\$7,350/\$14,700
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 consulta o procedimiento)			
Visita al consultorio de atención primaria	\$15	Sin cargo	Atención virtual sin cargo; primera consulta en persona, sin cargo; consultas en persona adicionales, \$45 después del deducible ^{††}
Visita al consultorio de atención especializada	\$40	\$15	\$65 después del deducible
La mayoría de las radiografías	\$40	\$15	20 % después del deducible
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$40	\$5	\$65 después del deducible
Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	35 %	20 %	20 % después del deducible
Cirugía ambulatoria	35 %	20 %	20 % después del deducible
Consulta de salud mental	\$15 (terapia individual)	Sin cargo	Atención virtual sin cargo; primera consulta en persona, sin cargo; consultas en persona adicionales, \$45 después del deducible ^{††}
Atención para pacientes hospitalizados			
Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	35 %	20 %	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	35 %	20 %	20 % después del deducible
Atención de emergencia y de urgencia			
Visita al Departamento de Emergencias	35 %	20 %	20 % después del deducible
Visita de atención de urgencia	\$40	\$15	\$65 después del deducible
Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)			
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$15*	Sin cargo	\$10*
La mayoría de los medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$60 ^{††}	\$15*	50 % después del deducible ^{††}
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	35 % [†]	20 % [†]	50 % después del deducible [†]
Medicamentos especializados (Nivel 4)	35 % hasta un máximo de \$150 por receta para 30 días	20 % 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 ayudarlo a que viva bien en mente, cuerpo y espíritu. Visite kp.org/autocuidado para obtener más detalles.		

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

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

Los medicamentos de la lista de medicamentos cubiertos entregados en farmacias participantes están cubiertos por un costo ligeramente más alto.

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

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

Planes de reducción del costo compartido (CSR)

Debe cumplir los requisitos e inscribirse en los planes de reducción del costo compartido (*cost share reduction*, CSR) en marylandhealthconnection.gov.

E		E	
Resumen de beneficios		KP MD Silver Virtual Forward 500 Ded/CSR	KP MD Silver Virtual Forward 0 Ded/CSR
Tipo de plan		Deducible	Copago
Deducible anual de servicios médicos (individual/familiar)		\$500/\$1,000	Ninguno/Ninguno
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familia)		\$2,500/\$5,000	\$1,000/\$2,000
Beneficios			
Atención virtual			
Consultas electrónicas, por chat, por correo electrónico, por teléfono y por video	Sin cargo		Sin cargo
Atención preventiva			
Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.	Sin cargo		Sin cargo
Servicios para pacientes ambulatorios (por consulta o procedimiento)			
Visita al consultorio de atención primaria	Atención virtual sin cargo; primera consulta en persona, sin cargo; consultas en persona adicionales, \$35 después del deducible ^{††}		Atención virtual sin cargo; primera consulta en persona, sin cargo; consultas en persona adicionales, \$15 ^{††}
Visita al consultorio de atención especializada	\$55 después del deducible		\$40
La mayoría de las radiografías	10 % después del deducible		5 %
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$55 después del deducible		\$45
Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	10 % después del deducible		5 %
Cirugía ambulatoria	10 % después del deducible		5 %
Consulta de salud mental	Atención virtual sin cargo; primera consulta en persona, sin cargo; consultas en persona adicionales, \$35 después del deducible ^{††}		Atención virtual sin cargo; primera consulta en persona, sin cargo; consultas en persona adicionales, \$15 ^{††}
Atención para pacientes hospitalizados			
Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	10 % después del deducible		5 %
Maternidad			
Consultas rutinarias de atención prenatal, primera consulta posparto	Sin cargo		Sin cargo
Parto y cuidados de bienestar infantil para pacientes hospitalizados	10 % después del deducible		5 %
Atención de emergencia y de urgencia			
Visita al Departamento de Emergencias	10 % después del deducible		5 %
Visita de atención de urgencia	\$55 después del deducible		\$40
Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)			
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$10*		Sin cargo
La mayoría de los medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$30 después del deducible*		\$20*
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	30 % después del deducible [†]		20 % [†]
Medicamentos especializados (Nivel 4)	30 % después del deducible hasta un máximo de \$150 por receta médica de 30 días		20 % 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/autocuidado para obtener más detalles.		

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

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

†† Virtual Forward ofrece atención virtual sin cargo; incluye acceso ilimitado a las consultas electrónicas, por chat, por correo electrónico, por teléfono y por video. La primera consulta en persona es sin cargo antes de que alcance su deducible, incluidas las consultas de atención primaria y las consultas de atención de salud mental para pacientes ambulatorios. Los medicamentos de la lista de medicamentos cubiertos entregados en farmacias participantes están cubiertos por un costo ligeramente más alto.

Este resumen del plan destaca los beneficios, copagos, coseguros y deducibles sobre los cuales se pregunta con más frecuencia. Consulte el *Membership Agreement (Acuerdo de Membresía)* y la *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* para obtener los detalles completos sobre su plan o para conocer las limitaciones y exclusiones específicas. Para solicitar una copia del *Acuerdo de Membresía* y de la *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.

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 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 (haga clic en “Español”) o llámenos al **1-800-494-5314** (TTY **711**) para saber si cumple los requisitos.
- Si agrega una cláusula dental optativa para familiares de 19 años o más.

¿Está interesado en un plan familiar?

Encuentre 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.

Asistencia financiera adicional para algunos adultos jóvenes

Si tiene entre 18 y 34 años, es posible que reúna los requisitos para recibir aún más asistencia financiera debido a la nueva legislación de Maryland. Para saber más, visite marylandhealthconnection.gov (haga clic en “Español”) o llámenos al **1-800-255-5169**.

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

Códigos postales de Maryland

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

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

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 hacen una cirugía estética no cubierta, no cubriremos los servicios que usted reciba durante la preparación para la cirugía ni durante la atención de seguimiento. Si luego tiene una complicación que representa un peligro para la vida, como una infección grave, esta exclusión no se aplicará y cubriremos cualquier servicio que, de otra forma, estaría cubierto para tratar la complicación.

Los siguientes servicios están excluidos de la cobertura:

1. Servicios que no son necesarios desde el punto de vista médico.
2. Servicios prestados o indicados conforme a las instrucciones de una persona que no es un profesional médico.
3. Servicios que estén fuera del ámbito de práctica del profesional médico que presta el servicio.
4. Otros servicios en la medida en que estén cubiertos por alguna unidad del Gobierno, excepto aquellos para veteranos prestados en centros de atención de la Administración de Veteranos o de las fuerzas armadas para servicios recibidos que sean responsabilidad del beneficiario.
5. Servicios que por ley, o como práctica habitual, un miembro no esté obligado a pagar en ausencia de un plan de beneficios de salud.
6. A excepción de los beneficios de atención pediátrica de la vista, la compra, la evaluación o el ajuste de anteojos o lentes de contacto, salvo en el caso de pacientes con afaquia, y de lentes suaves o rígidos permeables al gas o conchas esclerales para el tratamiento de una enfermedad o lesión.
7. Servicios de cuidado personal y de atención domiciliaria.
8. Servicios prestados por un profesional médico que sea el cónyuge, la madre, el padre, la hija, el hijo, el hermano o la hermana del miembro.
9. Servicios experimentales, excepto cuando forman parte de un ensayo clínico.
10. Servicios clínicos, hospitalarios o de profesionales médicos relacionados con la queratotomía radial, queratomileusis miope y cirugías que involucren el tejido corneal con el fin de alterar, modificar o corregir un error de miopía, hipermetropía o astigmatismo.
11. Tratamientos médicos o quirúrgicos para reducir o controlar el peso.
12. Servicios que se hayan recibido antes de la fecha de vigencia de la cobertura de un miembro.
13. Servicios recibidos después de la cancelación de la cobertura de un miembro.
14. 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 resultante de una enfermedad, un traumatismo o anomalías congénitas o del desarrollo.

15. Servicios para tratar lesiones o enfermedades relacionadas con el empleo de un miembro en la medida en que el miembro necesite estar cubierto por una ley de compensación del trabajador.
16. Servicios prestados en un departamento dental o médico mantenido por un empleador, una asociación de beneficio mutuo, un sindicato o fondo de trabajadores, o personas o grupos similares, o en nombre de estos.
17. Artículos de higiene y comodidad personal, incluidos, entre otros, aires acondicionados, humidificadores y aparatos de acondicionamiento físico.
18. Excepto por una consulta de telesalud cubierta, los cargos por consultas telefónicas, por no asistir a una visita programada o no rellenar un formulario.
19. Hospitalizaciones principalmente para estudios de diagnóstico, a menos que tengan nuestra autorización.
20. La compra, la evaluación o el ajuste de audífonos y suministros, y de dispositivos para enmascarar el zumbido en los oídos.
21. Los viajes, sean o no recomendados por un profesional médico, excepto:
 - a. los servicios de ambulancia cubiertos;
 - b. los viajes relacionados con un trasplante cubierto.
22. A excepción de los servicios de emergencia y atención de urgencia, los servicios recibidos mientras el miembro está fuera de los Estados Unidos.
23. Vacunas para viajes al extranjero.
24. Tratamientos dentales que incluyan atención hospitalaria o profesional en relación con lo siguiente:
 - a. una operación o un tratamiento para el ajuste o el uso de dentaduras postizas;
 - b. atención de ortodoncia o de maloclusión;
 - c. operaciones en los dientes o en los tejidos de soporte de los dientes, o para el tratamiento de estos, excepto por la extirpación de tumores y quistes, o el tratamiento de una lesión en los dientes naturales debido a un accidente si el tratamiento se recibe dentro de los seis (6) meses posteriores al accidente;
 - d. implantes dentales.
25. Accidentes que ocurran mientras mastica y como resultado de ello.
26. Soportes de arco, aparatos ortopédicos, soportes que van dentro de los zapatos, zapatos ortopédicos, soportes elásticos o exámenes para recetarlos o ajustarlos, a menos que se determine que estos servicios son necesarios desde el punto de vista médico.
27. Hospitalizaciones principalmente para fisioterapia, a menos que nosotros las autoricemos.
28. Tratamientos de la disfunción sexual no relacionada con una enfermedad orgánica.
29. Servicios que duplican los beneficios establecidos por las leyes, los reglamentos o los programas federales, estatales o locales.
30. Órganos no humanos y su implantación.
31. Cargos no reembolsables relacionados con la sangre o los productos derivados de la sangre.
32. Mejoras en el estilo de vida o programas de acondicionamiento físico.
33. Pelucas o prótesis craneal, excepto por una (1) prótesis de cabello necesaria desde el punto de vista médico.
34. Cargos por hospitalización en fin de semana, a excepción de emergencias y servicios de maternidad, a menos que tengan nuestra autorización.
35. Terapia ortomolecular ambulatoria, incluidos los nutrientes, las vitaminas y los suplementos alimenticios.

36. Servicios que resulten de lesiones corporales accidentales derivadas de un accidente automovilístico, en la medida en que los servicios deban pagarse conforme a una disposición de pago de gastos médicos de una póliza de seguro de automóvil.
37. Servicios por condiciones que, según las leyes, los reglamentos, las ordenanzas o disposiciones similares estatales o locales, deban proporcionarse en una institución pública.
38. Servicios para la extirpación de un órgano de un miembro, o relacionados con esta, para trasplantarlo en otra persona, a menos que:
 - a. el receptor del trasplante esté cubierto por uno de nuestros planes y esté recibiendo un trasplante cubierto;
 - b. los servicios no sean pagados por otra aseguradora.
39. Exámenes físicos que se requieran para conseguir o conservar un empleo, un seguro o permisos del gobierno.
40. Servicios auxiliares no médicos, como rehabilitación profesional, asesoramiento laboral o terapia educativa.
41. Una habitación privada de un hospital, a menos que sea necesaria desde el punto de vista médico y nosotros la autoricemos.
42. Atención de enfermería privada, a menos que nosotros la autoricemos.
43. Cualquier reclamo, factura u otra exigencia o solicitud de pago por servicios de atención médica que se determine que fueron brindados como resultado de una referencia prohibida conforme a la Sección 1-302 del Artículo de Profesiones Relacionadas con la Salud (*Health Occupations Article*).

Limitaciones médicas

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

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

En el caso de que no podamos proporcionar 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 establecida por el comisionado de seguros.

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

Exclusiones de farmacia

Salvo que se cubra de manera específica, el plan de salud no cubre:

1. Medicamentos para el control del peso exclusivamente para un tratamiento de aumento o disminución del peso corporal o recetados para esto.
2. Medicamentos recetados exclusivamente para el tratamiento de la disfunción sexual.

3. Medicamentos que puedan obtenerse sin receta médica, excepto los anticonceptivos de venta libre.
4. Medicamentos para los que haya 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 federales o estatales que rigen los beneficios de salud esenciales.

Limitaciones de farmacia

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

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

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

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

1. El médico que emite la receta o el farmacéutico determinan que lo mejor para el miembro es proporcionar un suministro parcial del medicamento recetado.
2. Se prevé que el medicamento recetado se requerirá por más de tres (3) meses.
3. El miembro solicita o acepta un suministro parcial para sincronizar el surtido de sus medicamentos recetados.

4. El medicamento recetado no es una sustancia peligrosa controlada de la Lista II.
5. El suministro y el surtido del medicamento recetado cumplen con todos los requisitos de autorización previa y supervisión de utilización de servicios específicos del medicamento recetado en el momento del surtido sincronizado.

A excepción de los medicamentos de mantenimiento y los anticonceptivos, como se describe a continuación, los medicamentos inyectables autoadministrados que se surten en la farmacia se limitan a un suministro de treinta (30) días.

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

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

A excepción de los medicamentos recetados para tratar la diabetes, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), si un medicamento cumple el criterio de medicamento especializado, el costo del medicamento para el miembro no superará los \$150 para un suministro de treinta (30) días, conforme a la Sección 15-847 del Artículo del Seguro (Insurance Article). Para todos los tipos de insulina, el costo del miembro no superará los \$30 para un suministro de 30 días, independientemente de la cantidad o el tipo de insulina, conforme a la Sección 15-822.1 del Artículo del Seguro.

Para los anticonceptivos recetados, los miembros pueden obtener un suministro de hasta doce (12) meses en un solo surtido

en una farmacia del plan o mediante nuestro servicio de entrega por correo.

Exclusiones dentales

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

1. Cualquier procedimiento no incluido en este plan.
2. Servicios que, según la opinión del dentista a cargo, no sean necesarios para la salud dental del miembro.
3. Procedimientos o servicios dentales llevados a cabo únicamente con fines estéticos o que no sean necesarios desde el punto de vista odontológico o médico, a menos que el miembro haya comprado 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 haya 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. Procedimientos opcionales, incluida la extracción profiláctica de los terceros molares.
6. Reemplazo de dentaduras postizas, coronas, aparatos o puentes dañados, robados o que se hayan perdido, salvo que esto se indique de alguna otra manera como un servicio cubierto.
7. Servicios dentales proporcionados o pagados por una agencia o autoridad del Gobierno federal o estatal, una subdivisión política u otro programa público diferente de Medicaid o Medicare.
8. Tratamiento requerido debido a un accidente causado por una fuerza externa o autoinfligido intencionalmente, 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 no están cubiertos.
10. 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 estén reconocidos como conformes a los estándares profesionales generalmente aceptados, o cuya seguridad y eficacia no se hayan 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 no son beneficios cubiertos.
12. Gastos dentales incurridos en relación con 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. Servicios dentales que se reciban en un entorno de atención de emergencia para condiciones 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. *Brackets* compuestos o de cerámica, adaptación lingual de bandas ortodónticas y otras alternativas especializadas o estéticas en lugar de aparatos de ortodoncia estándar, fijos y extraíbles. Los servicios de Invisalign están excluidos de los beneficios de ortodoncia.
15. Citas interrumpidas, a menos que estén cubiertas específicamente.

Centros de atención médica de Kaiser Permanente



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

Maryland

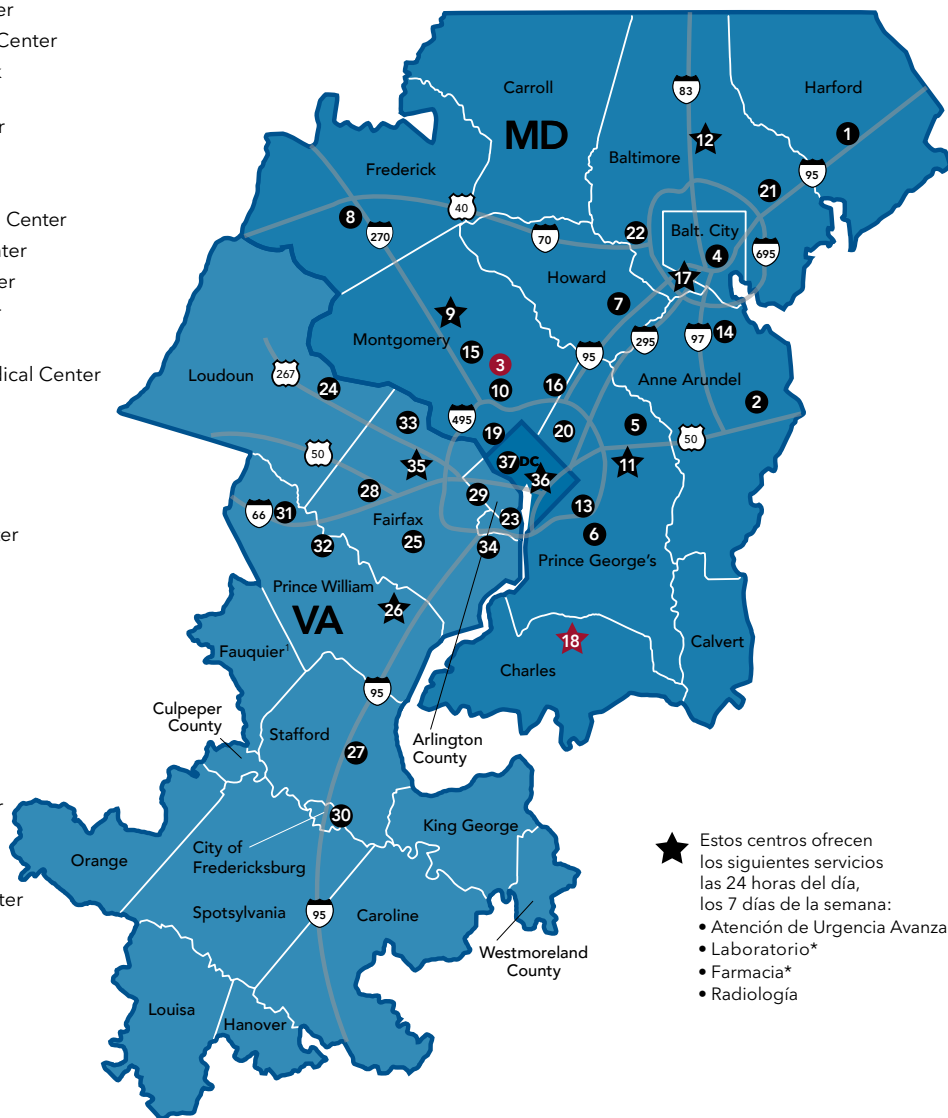
- 1 Abingdon Medical Center
- 2 Annapolis Medical Center
- 3 **PRÓXIMA UBICACIÓN**
Medical Center in Aspen Hill
- 4 Kaiser Permanente Baltimore Harbor Medical Center
- 5 Bowie Fairwood Medical Center
- 6 Camp Springs Medical Center
- 7 Columbia Gateway Medical Center
- 8 Kaiser Permanente Frederick Medical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

Virginia

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

Washington, DC

- 33 Reston Medical Center
- 34 Springfield Medical Center
- 35 Tysons Corner Medical Center
- 36 Kaiser Permanente Capitol Hill Medical Center
- 37 Northwest DC Medical Office Building



*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 sus
opciones de planes?



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 de Kaiser Permanente 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 para el Control de Calidad (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 del Estudio sobre Evaluación de los Planes de Salud por los Consumidores (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems, CAHPS). Cualquier presentación, análisis, interpretación o conclusión que se base en estos datos 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 2022, Kaiser Permanente, [about.kaiserpermanente.org/who-we-are/annual-reports/2022-annual-report](https://www.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 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/es. 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: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ **1-800-777-7902** (TTY: **711**)፡

العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-777-7902** (TTY: **711**)፡

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

বাংলা (Bengali) লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন **1-800-777-7902** (TTY: **711**)।

中文 (Chinese) 注意: 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-800-777-7902** (TTY: **711**)。

فارسی (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با **1-800-777-7902 (TTY: 711)** تماس بگیرید.

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-777-7902 (TTY: 711)**.

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung.
Rufnummer: **1-800-777-7902 (TTY: 711)**.

ગુજરાતી (Gujarati) સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો **1-800-777-7902 (TTY: 711)**.

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole) ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **1-800-777-7902 (TTY: 711)**.

हिन्दी (Hindi) ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **1-800-777-7902 (TTY: 711)** पर कॉल करें।

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

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

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

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

Naabeehó (Navajo) Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, kojí' hódíłnih **1-800-777-7902 (TTY: 711)**.

Português (Portuguese) ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para **1-800-777-7902 (TTY: 711)**.

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-777-7902 (TTY: 711)**.

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-777-7902 (TTY: 711)**.

Tagalog (Tagalog) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.
Tumawag sa **1-800-777-7902 (TTY: 711)**.

ไทย (Thai) เรียน: หากคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร **1-800-777-7902 (TTY: 711)**.

اردو (Urdu) خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں **1-800-777-7902 (TTY: 711)**.

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-800-777-7902 (TTY: 711)**.

Yorùbá (Yoruba) AKIYESI: Ti o ba nso ede Yoruba ofe ni iranlowo lori ede wa fun yin o. E pe ero ibanisoro yi **1-800-777-7902 (TTY: 711)**.

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.