

# 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](http://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 ayudarle a realizar la solicitud por medio del Mercado de Seguros Médicos de Virginia.
- Para la cobertura que empieza el **1 de enero de 2025**, debemos recibir su solicitud de cobertura médica a más tardar el **15 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](http://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.<sup>1</sup>

# 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](http://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.<sup>2,3,4,5,6</sup>

### Los miembros de Kaiser Permanente tienen un:

33 % más de probabilidades de **sobrevivir a enfermedades cardíacas**<sup>5</sup>

52 % más de probabilidades de **sobrevivir al cáncer colorrectal**<sup>6</sup>

20 % **menos de probabilidades de morir prematuramente por cáncer**<sup>5</sup>

### Reconocimiento a la excelencia en la atención de ataques cerebrales y enfermedades cardíacas<sup>7</sup>

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

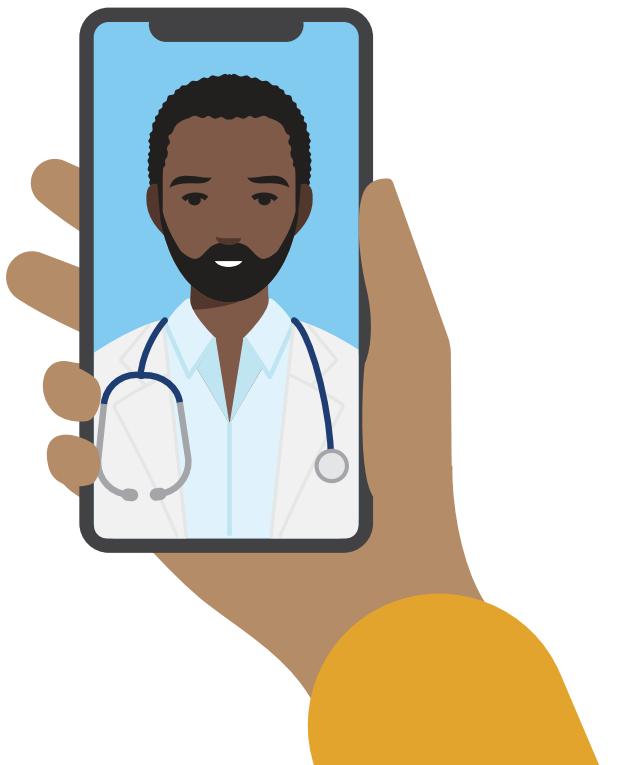
Kaiser Permanente Mid-Atlantic States (KPMAS) recibió una acreditación con mención de la Commission on Cancer (Comisión del Cáncer). Esta distinción reconoce que nuestro cuidado de cáncer supera los requisitos definidos por el American College of Surgeons (Colegio Americano de Cirujanos). Obtenga más información sobre Mid-Atlantic Kaiser Permanente Cancer Care Institute:

[mydoctor.kaiserpermanente.org/mas/specialties-and-institutes/cancer-care](http://mydoctor.kaiserpermanente.org/mas/specialties-and-institutes/cancer-care) (en inglés).

# Atención conveniente

## Para usted que tiene una agenda ocupada

Visite [kp.org/espanol](http://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.<sup>8</sup> Sin importar cómo decida comunicarse, siempre podrá hablar con un profesional médico que puede consultar sus antecedentes de salud 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.<sup>9</sup>

### 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 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.<sup>10</sup>**

Para que obtenga un servicio rápido y conveniente, ofrecemos:

-  más citas de atención primaria;
-  resultados rápidos de pruebas de laboratorio;
-  atención virtual las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
-  una amplia red de profesionales clínicos de salud.



Descubra cómo recibir atención que se adapte a sus necesidades en [kp.org/atencionconectada](http://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 recetados<sup>11</sup>;
- servicio de entrega el mismo día o el día siguiente por un costo adicional<sup>11</sup>.



### 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.<sup>12</sup>

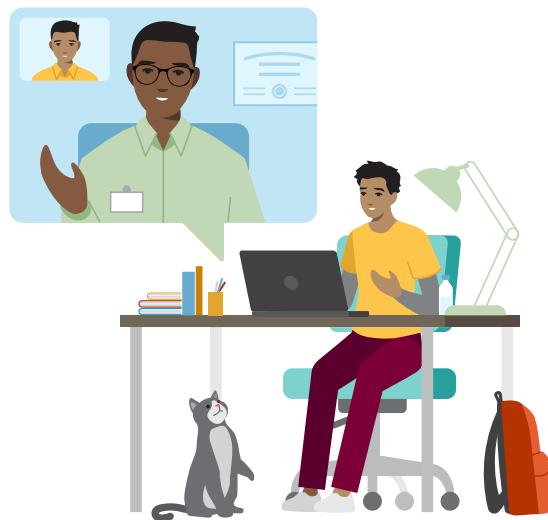
# Atención integral

## 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 salud<sup>13</sup>,
- medicamentos,
- recursos de cuidado personal,
- aplicaciones para bienestar mental<sup>14</sup>.

¿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.<sup>15</sup>

- Affinity Musculoskeletal Program (MSK, Programa Musculoesquelético de Affinity): acupuntura, terapia de masaje y atención quiropráctica;
- programas para un estilo de vida saludable<sup>15</sup>;
- asesoramiento sobre el bienestar.<sup>15</sup>;
- One Pass Select™.



### Disfrute de ofertas especiales

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

# Cómo elegir su plan de salud

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

## Planes virtuales: Gold y Silver

La prima mensual del plan virtual tiene un costo menor, y gran parte de la atención comienza con consultas virtuales. Acceda a la atención 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 de antemano 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 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 quizás no estén cubiertos por su plan, como anteojos o cuidado dental para adultos.<sup>16</sup> 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 Copay,

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](http://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 VA Gold 0 Ded/Vision (sin deducible)	\$20 (los niños menores de 5 años no pagan)	\$65	\$10*
KP VA Silver Virtual Forward 4000 Ded (deducible de \$4,000)	Atención virtual sin cargo; la primera consulta en persona es sin cargo y las consultas en persona adicionales, a \$55 después del deducible <sup>‡‡</sup>	30 % después del deducible	\$20*
KP VA Bronze 6500 Ded/Vision (deducible de \$6,500)	Las primeras 3 visitas a \$55 y luego 35 % después del deducible (el copago no se aplica para niños menores de 5 años)	35 % después del deducible	\$35*

## Es posible que cumpla 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](http://buykp.org) (haga clic en "Español") para obtener más información.



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

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

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

# Características de los planes: resumen de beneficios

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

## Resumen de cómo interpretar la tabla

Resumen de beneficios	KP E
Tipo de plan	KP VA Silver 2500 Ded/Vision
Deductible anual de servicios médicos (individual/familiar)	Deductible \$2,500/\$5,000
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familia)	\$9,100/\$18,200
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 (suspendido para niños menores de 5 años)
Visita al consultorio de atención especializada	\$55
La mayoría de las radiografías	\$85
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$60
Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	\$40 después del deductible
Cirugía para pacientes ambulatorios	40 % después del deductible
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 deductible
Maternidad	
Consultas rutinarias de atención prenatal, primera consulta posparto	Sin cargo
Parto y cuidados de bienestar infantil para pacientes hospitalizados	40 % después del deductible
Atención de emergencia y de urgencia	
Visita al Departamento de Emergencias	40 % después del deductible
Consulta de atención de urgencia	\$55
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 deductible
Medicamentos especializados (Nivel 4)	40 % después del deductible hasta un máximo de \$250 por medicamento recetado 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 <a href="http://kp2020.org">kp2020.org</a> (en inglés) para obtener más información. Explore nuestra gran variedad de recursos de cuidado personal diseñados para ayudarle a que viva bien en mente, cuerpo y espíritu. Visite <a href="http://kp.org/autocuidado">kp.org/autocuidado</a> para obtener más detalles.

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

**KP** Ofrecido por Kaiser Permanente.

**E** Ofrecido a través del intercambio de beneficios de salud.

### Deductible anual

Debe pagar este monto antes de que su plan comience a ayudarle a pagar la mayoría de los servicios cubiertos. Bajo este plan de muestra, usted pagaría los costos completos de los servicios cubiertos hasta llegar a \$2,500 para usted o \$5,000 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 \$9,100 por usted y no más de \$18,200 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 deductible.

### Con cobertura antes de alcanzar el deductible

Para algunos servicios, usted solamente pagará un copago o un coseguro, sin importar si ya alcanzó su deductible. Con este plan, las consultas de atención primaria están cubiertas con un copago de \$35 (no se aplica a los niños menores de 5 años), incluso antes de que alcance su deductible. Con nuestros planes Silver con deductible, la atención primaria, la atención especializada y las consultas de atención de urgencia están cubiertas antes de alcanzar el deductible.

### Coseguro

Después de alcanzar su deductible, 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 deductible. 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 deductible. En este ejemplo, usted comenzaría a pagar un copago de \$55 por consultas de atención de urgencia, sin importar si ya alcanzó o no su deductible.

**KP** Ofrecido por Kaiser Permanente.

**E** Ofrecido a través del intercambio de beneficios de salud.

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

Resumen de beneficios	KP E KP VA Bronze 7500 Ded	KP E KP VA Standard Bronze 7500 Ded/Vision	KP E KP VA Bronze 7000 Ded/HSA/Vision	KP E KP VA Bronze 6500 Ded/Vision
Tipo de plan	Deductible	Deductible	Admite HSA	Deductible
Deductible anual de servicios médicos (individual/familiar)	\$7,500/\$15,000	\$7,500/\$15,000	\$7,000/\$14,000	\$6,500/\$13,000
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familia)	\$9,200/\$18,400	\$9,200/\$18,400	\$7,000/\$14,000	\$9,200/\$18,400
Beneficios				
Atención virtual				
Consultas electrónicas, por chat, por correo electrónico, por teléfono y por video	Sin cargo	Los mismos que los servicios en persona	Sin cargo después del deducible	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	40 % después del deducible	\$50	Sin cargo después del deducible	Las primeras 3 visitas a \$55 y luego 35 % después del deducible (el copago no se aplica para niños menores de 5 años)
Visita al consultorio de atención especializada	40 % después del deducible	\$100	Sin cargo después del deducible	\$75 después del deducible
La mayoría de las radiografías	40 % después del deducible	50 % después del deducible	Sin cargo después del deducible	35 % después del deducible
La mayoría de las pruebas de laboratorio	40 % después del deducible	50 % después del deducible	Sin cargo después del deducible	\$75
Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	40 % después del deducible	50 % después del deducible	Sin cargo después del deducible	\$625 después del deducible
Cirugía para pacientes ambulatorios	40 % después del deducible	50 % después del deducible	Sin cargo después del deducible	35 % después del deducible
Consulta de salud mental	40 % después del deducible	\$50 (terapia individual)	Sin cargo después del deducible	\$55 (terapia individual)
Atención para pacientes hospitalizados				
Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	40 % después del deducible	50 % después del deducible	Sin cargo 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	40 % después del deducible	50 % después del deducible	Sin cargo después del deducible	35 % después del deducible
Atención de emergencia y de urgencia				
Visita al Departamento de Emergencias	40 % después del deducible	50 % después del deducible	Sin cargo después del deducible	35 % después del deducible
Consulta de atención de urgencia	40 % después del deducible	\$75	Sin cargo después del deducible	\$75 después del deducible
Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)				
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	40 % después del deducible	\$25*	Sin cargo después del deducible	\$35*
La mayoría de los medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	40 % después del deducible	\$50 después del deducible*	Sin cargo después del deducible	\$100 después del deducible*
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	50 % después del deducible	\$100 después del deducible*	Sin cargo después del deducible	50 % después del deducible
Medicamentos especializados (Nivel 4)	50 % después del deducible hasta un máximo de \$250 por medicamento recetado para 30 días	\$500 después del deducible*	Sin cargo después del deducible	50 % después del deducible hasta un máximo de \$250 por medicamento recetado para 30 días
Salud integral				
Servicios para mantenerse sano	Explore nuestra gran variedad de recursos de cuidado personal diseñados para ayudarle a que viva bien en mente, cuerpo y espíritu. Visite <a href="http://kp.org/autocuidado">kp.org/autocuidado</a> para obtener más detalles.	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 <a href="http://kp2020.org">kp2020.org</a> (en inglés) para obtener más información. Explore nuestra gran variedad de recursos de cuidado personal diseñados para ayudarle a que viva bien en mente, cuerpo y espíritu. Visite <a href="http://kp.org/autocuidado">kp.org/autocuidado</a> para obtener más detalles.	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 <a href="http://kp2020.org">kp2020.org</a> (en inglés) para obtener más información. Explore nuestra gran variedad de recursos de cuidado personal diseñados para ayudarle a que viva bien en mente, cuerpo y espíritu. Visite <a href="http://kp.org/autocuidado">kp.org/autocuidado</a> para obtener más detalles.	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 <a href="http://kp2020.org">kp2020.org</a> (en inglés) para obtener más información. Explore nuestra gran variedad de recursos de cuidado personal diseñados para ayudarle a que viva bien en mente, cuerpo y espíritu. Visite <a href="http://kp.org/autocuidado">kp.org/autocuidado</a> para obtener más detalles.

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

Este resumen del plan destaca los beneficios, copagos, coseguros y deducibles sobre los cuales se pregunta con más frecuencia. Consulte el *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](http://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. La mayoría de los deducibles, copagos y coseguros contribuyen al gasto máximo de bolsillo.

**KP** Ofrecido por Kaiser Permanente.

**E** Ofrecido a través del intercambio de beneficios de salud.

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

Resumen de beneficios	KP E KP VA Standard Silver 5000 Ded/Vision	KP E KP VA Silver 4500 Ded/Vision	KP KP VA Silver Virtual Forward 4000 Ded
<b>Tipo de plan</b>	<b>Deductible</b>	<b>Deductible</b>	<b>Deductible</b>
Deductible anual de servicios médicos (individual/familiar)	\$5,000/\$10,000	\$4,500/\$9,000	\$4,000/\$8,000
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familia)	\$8,000/\$16,000	\$8,300/\$16,600	\$7,500/\$15,000
<b>Beneficios</b>			
<b>Atención virtual</b>			
Consultas electrónicas, por chat, por correo electrónico, por teléfono y por video	Los mismos que los servicios en persona	Sin cargo	Sin cargo
<b>Atención preventiva</b>			
Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
<b>Servicios para pacientes ambulatorios (por consulta o procedimiento)</b>			
Visita al consultorio de atención primaria	\$40	\$40 (no se aplica para los niños menores de 5 años)	Atención virtual sin cargo; la primera consulta en persona es sin cargo y las consultas en persona adicionales, a \$55 después del deducible <sup>#</sup>
Visita al consultorio de atención especializada	\$80	\$60	\$75 después del deducible
La mayoría de las radiografías	40 % después del deducible	\$70	30 % después del deducible
La mayoría de las pruebas de laboratorio	40 % después del deducible	\$50	\$75 después del deducible
Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	40 % después del deducible	35 % después del deducible	30 % después del deducible
Cirugía para pacientes ambulatorios	40 % después del deducible	35 % después del deducible	30 % después del deducible
Consulta de salud mental	\$40 (terapia individual)	\$40 (terapia individual)	Atención virtual sin cargo; la primera consulta en persona es sin cargo y las consultas en persona adicionales, a \$55 después del deducible <sup>#</sup>
<b>Atención para pacientes hospitalizados</b>			
Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	40 % después del deducible	35 % después del deducible	30 % después del deducible
<b>Maternidad</b>			
Consultas rutinarias de atención prenatal, primera consulta posparto	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Parto y cuidados de bienestar infantil para pacientes hospitalizados	40 % después del deducible	35 % después del deducible	30 % después del deducible
<b>Atención de emergencia y de urgencia</b>			
Visita al Departamento de Emergencias	40 % después del deducible	35 % después del deducible	30 % después del deducible
Consulta de atención de urgencia	\$60	\$60	\$75 después del deducible
<b>Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)</b>			
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$20*	\$30*	20*
La mayoría de los medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$40*	\$60*	\$50 después del deducible*
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	\$80 después del deducible*	50 % después del deducible	50 % después del deducible
Medicamentos especializados (Nivel 4)	\$350 después del deducible*	50 % después del deducible hasta un máximo de \$250 por medicamento recetado para 30 días	50 % después del deducible hasta un máximo de \$250 por medicamento recetado para 30 días
<b>Salud integral</b>			
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 <a href="http://kp2020.org">kp2020.org</a> (en inglés) para obtener más información. Explore nuestra gran variedad de recursos de cuidado personal diseñados para ayudarle a que viva bien en mente, cuerpo y espíritu. Visite <a href="http://kp.org/autocuidado">kp.org/autocuidado</a> para obtener más detalles.		

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

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

Este resumen del plan destaca los beneficios, copagos, coseguros y deducibles sobre los cuales se pregunta con más frecuencia. Consulte el *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](http://kp.org/plandocuments) (en inglés). Llámennos al 1-800-777-7902 (TTY 711) o comuníquese con su corredor de seguros. Para aquellos servicios que estén sujetos al deducible, usted tendrá que pagar los gastos de atención médica de su propio bolsillo hasta alcanzar el deducible. La mayoría de los deducibles, copagos y coseguros contribuyen al gasto máximo de bolsillo.

**KP** Ofrecido por Kaiser Permanente.

**E** Ofrecido a través del intercambio de beneficios de salud.

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

Resumen de beneficios	KP E KP VA Silver Virtual Forward 3500 Ded	KP KP VA Silver 2500 Ded/Vision	KP E KP VA Gold Virtual Forward 2350 Ded
<b>Tipo de plan</b>	<b>Deductible</b>	<b>Deductible</b>	<b>Deductible</b>
Deductible anual de servicios médicos (individual/familiar)	\$3,500/\$7,000	\$2,500/\$5,000	\$2,350/\$4,700
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familia)	\$8,000/\$16,000	\$9,100/\$18,200	\$4,980/\$9,960
<b>Beneficios</b>			
<b>Atención virtual</b>			
Consultas electrónicas, por chat, por correo electrónico, por teléfono y por video	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
<b>Atención preventiva</b>			
Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
<b>Servicios para pacientes ambulatorios (por consulta o procedimiento)</b>			
Visita al consultorio de atención primaria	Atención virtual sin cargo; la primera consulta en persona es sin cargo y las consultas en persona adicionales, a \$55 después del deducible**	\$35 (no se aplica para los niños menores de 5 años)	Atención virtual sin cargo; la primera consulta en persona es sin cargo y las consultas en persona adicionales, a \$50 después del deducible**
Visita al consultorio de atención especializada	\$75 después del deducible	\$55	\$70 después del deducible
La mayoría de las radiografías	30 % después del deducible	\$85	\$50 después del deducible
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$75 después del deducible	\$60	\$50 después del deducible
Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	30 % después del deducible	40 % después del deducible	\$150 después del deducible
Cirugía para pacientes ambulatorios	30 % después del deducible	40 % después del deducible	\$270 después del deducible
Consulta de salud mental	Atención virtual sin cargo; la primera consulta en persona es sin cargo y las consultas en persona adicionales, a \$55 después del deducible**	\$35 (terapia individual)	Atención virtual sin cargo; la primera consulta en persona es sin cargo y las consultas en persona adicionales, a \$50 después del deducible**
<b>Atención para pacientes hospitalizados</b>			
Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	30 % después del deducible	40 % después del deducible	\$300 por día hasta 3 días** después del deducible
<b>Maternidad</b>			
Consultas rutinarias de atención prenatal, primera consulta posparto	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Parto y cuidados de bienestar infantil para pacientes hospitalizados	30 % después del deducible	40 % después del deducible	\$300 por día hasta 3 días** después del deducible
<b>Atención de emergencia y de urgencia</b>			
Visita al Departamento de Emergencias	30 % después del deducible	40 % después del deducible	\$200 después del deducible (el copago no se aplica si ingresan al paciente en el hospital)
Consulta de atención de urgencia	\$75 después del deducible	\$55	\$70 después del deducible
<b>Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)</b>			
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$5*	\$20*	\$5*
La mayoría de los medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$50 después del deducible*	\$80*	\$50 después del deducible*
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	50 % después del deducible	40 % después del deducible	50 % después del deducible
Medicamentos especializados (Nivel 4)	50 % después del deducible hasta un máximo de \$250 por medicamento recetado para 30 días	40 % después del deducible hasta un máximo de \$250 por medicamento recetado para 30 días	50 % después del deducible hasta un máximo de \$250 por medicamento recetado para 30 días
<b>Salud integral</b>			
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 <a href="http://kp2020.org">kp2020.org</a> (en inglés) para obtener más información. Explore nuestra gran variedad de recursos de cuidado personal diseñados para ayudarle a que viva bien en mente, cuerpo y espíritu. Visite <a href="http://kp.org/autocuidado">kp.org/autocuidado</a> 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.

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

Este resumen del plan destaca los beneficios, copagos, coseguros y deducibles sobre los cuales se pregunta con más frecuencia. Consulte el *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](http://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. La mayoría de los deducibles, copagos y coseguros contribuyen al gasto máximo de bolsillo.

**KP** Ofrecido por Kaiser Permanente.

**E** Ofrecido a través del intercambio de beneficios de salud.

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

Resumen de beneficios	KP	E	KP	E	KP
	KP VA Gold 2000 Ded/Vision		KP VA Standard Gold 1500 Ded/Vision		KP VA Gold 1250 Ded/200 RxDed/Vision
<b>Tipo de plan</b>	<b>Deductible</b>		<b>Deductible</b>		<b>Deductible</b>
Deductible anual de servicios médicos (individual/familiar)	\$2,000/\$4,000		\$1,500/\$3,000		\$1,250/\$2,500
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familia)	\$6,700/\$13,400		\$7,800/\$15,600		\$7,500/\$15,000
<b>Beneficios</b>					
<b>Atención virtual</b>					
Consultas electrónicas, por chat, por correo electrónico, por teléfono y por video	Sin cargo		Los mismos que los servicios en persona		Sin cargo
<b>Atención preventiva</b>					
Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.	Sin cargo		Sin cargo		Sin cargo
<b>Servicios para pacientes ambulatorios (por consulta o procedimiento)</b>					
Visita al consultorio de atención primaria	\$20 (los niños menores de 5 años no pagan)		\$30		\$20 (los niños menores de 5 años no pagan)
Visita al consultorio de atención especializada	\$50		\$60		\$40
La mayoría de las radiografías	30 % después del deducible		25 % después del deducible		\$65
La mayoría de las pruebas de laboratorio	30 % después del deducible		25 % después del deducible		\$30
Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	30 % después del deducible		25 % después del deducible		35 % después del deducible
Cirugía para pacientes ambulatorios	30 % después del deducible		25 % después del deducible		35 % después del deducible
Consulta de salud mental	\$20 (terapia individual)		\$30 (terapia individual)		\$20 (terapia individual)
<b>Atención para pacientes hospitalizados</b>					
Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	30 % después del deducible		25 % después del deducible		35 % después del deducible
<b>Maternidad</b>					
Consultas rutinarias de atención prenatal, primera consulta posparto	Sin cargo		Sin cargo		Sin cargo
Parto y cuidados de bienestar infantil para pacientes hospitalizados	30 % después del deducible		25 % después del deducible		35 % después del deducible
<b>Atención de emergencia y de urgencia</b>					
Visita al Departamento de Emergencias	30 % después del deducible		25 % después del deducible		35 % después del deducible
Consulta de atención de urgencia	\$50		\$45		\$40
<b>Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)</b>					
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$15*		\$15*		\$10*
La mayoría de los medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$60*		\$30*		\$55 después del deducible de farmacia de \$200 por miembro*
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	50 % después del deducible		\$60*		35 % después del deducible de farmacia de \$200 por miembro
Medicamentos especializados (Nivel 4)	50 % después del deducible hasta un máximo de \$250 por medicamento recetado para 30 días		\$250*		35% después del deducible de farmacia de \$200 por miembro, hasta un máximo de \$250 por receta médica de 30 días
<b>Salud integral</b>					
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 <a href="http://kp2020.org">kp2020.org</a> (en inglés) para obtener más información. Explore nuestra amplia gama de recursos de cuidado personal diseñados para ayudarle a que viva bien en mente, cuerpo y espíritu. Visite <a href="http://kp.org/autocuidado">kp.org/autocuidado</a> para obtener más detalles.				

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

Este resumen del plan destaca los beneficios, copagos, coseguros y deducibles sobre los cuales se pregunta con más frecuencia. Consulte el *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](http://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. La mayoría de los deducibles, copagos y coseguros contribuyen al gasto máximo de bolsillo.

**KP** Ofrecido por Kaiser Permanente.

**E** Ofrecido a través del intercambio de beneficios de salud.

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

Resumen de beneficios	KP E	KP E	KP E
Tipo de plan	Copago	Copago	Deductible
Deductible anual de servicios médicos (individual/familiar)	Ninguno/Ninguno	Ninguno/Ninguno	\$9,200/\$18,400
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familia)	\$9,200/\$18,400	\$4,300/\$8,600	\$9,200/\$18,400
<b>Beneficios</b>			
<b>Atención virtual</b>			
Consultas electrónicas, por chat, por correo electrónico, por teléfono y por video	Sin cargo	Los mismos que los servicios en persona	Sin cargo después del deductible
<b>Atención preventiva</b>			
Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
<b>Servicios para pacientes ambulatorios (por consulta o procedimiento)</b>			
Visita al consultorio de atención primaria	\$20 (los niños menores de 5 años no pagan)	\$10	Las primeras 3 visitas al consultorio son gratuitas.*** Las demás visitas no tienen cargo después del deductible.
Visita al consultorio de atención especializada	\$40	\$20	Sin cargo después del deductible
La mayoría de las radiografías	\$65	\$30	Sin cargo después del deductible
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$30	\$30	Sin cargo después del deductible
Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	\$500	\$100	Sin cargo después del deductible
Cirugía para pacientes ambulatorios	35 %	\$300	Sin cargo después del deductible
Consulta de salud mental	\$20 (terapia individual)	\$10 (terapia individual)	Las primeras 3 visitas al consultorio son gratuitas.*** Las demás visitas no tienen cargo después del deductible.
<b>Atención para pacientes hospitalizados</b>			
Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	35 %	\$350	Sin cargo después del deductible
<b>Maternidad</b>			
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	Sin cargo después del deductible
<b>Atención de emergencia y de urgencia</b>			
Visita al Departamento de Emergencias	\$500 (no se aplica si ingresan al paciente en el hospital)	\$100	Sin cargo después del deductible
Consulta de atención de urgencia	\$40	\$15	Sin cargo después del deductible
<b>Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)</b>			
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$10*	\$5*	Sin cargo después del deductible
La mayoría de los medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$55*	\$10*	Sin cargo después del deductible
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	35 %	\$50*	Sin cargo después del deductible
Medicamentos especializados (Nivel 4)	35 % hasta un máximo de \$250 por receta para 30 días	\$150*	Sin cargo después del deductible
<b>Salud integral</b>			
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 <a href="http://kp2020.org">kp2020.org</a> (en inglés) para obtener más información. Explore nuestra gran variedad de recursos de cuidado personal diseñados para ayudarle a que viva bien en mente, cuerpo y espíritu. Visite <a href="http://kp.org/autocuidado">kp.org/autocuidado</a> para obtener más detalles.		

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

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

† Únicamente los solicitantes menores de 30 años y los solicitantes mayores de 30 años que presenten un certificado del intercambio de beneficios de salud de Virginia que demuestre dificultades económicas o la carencia de cobertura asequible pueden contratar un plan KP VA Catastrophic.

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](http://kp.org/plandocuments) (en inglés), llámenos al 1-800-777-7902 (TTY 711) o comuníquese con su corredor de seguros. Para aquellos servicios que estén sujetos al deductible, usted tendrá que pagar los gastos de atención médica de su propio bolsillo hasta alcanzar el deductible. La mayoría de los deducibles, copagos y coseguros contribuyen al gasto máximo de bolsillo.

**E** Ofrecido a través del intercambio de beneficios de salud.

## 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](http://marylandhealthconnection.gov).

Resumen de beneficios	<b>E</b> KP VA Standard Silver 3000 Ded/CSR/Vision	<b>E</b> KP VA Standard Silver 500 Ded/CSR/Vision	<b>E</b> KP VA Standard Silver 0 Ded/CSR/Vision
<b>Tipo de plan</b>	<b>Deductible</b>	<b>Deductible</b>	<b>Deductible</b>
Deducible anual de servicios médicos (individual/familiar)	\$3,000/\$6,000	\$500/\$1,000	Ninguno/Ninguno
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familia)	\$6,400/\$12,800	\$3,000/\$6,000	\$2,000/\$4,000
<b>Beneficios</b>			
<b>Atención virtual</b>			
Consultas electrónicas, por chat, por correo electrónico, por teléfono y por video	Los mismos que los servicios en persona	Los mismos que los servicios en persona	Los mismos que los servicios en persona
<b>Atención preventiva</b>			
Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
<b>Servicios para pacientes ambulatorios (por consulta o procedimiento)</b>			
Visita al consultorio de atención primaria	\$40	\$20	Sin cargo
Visita al consultorio de atención especializada	\$80	\$40	\$10
La mayoría de las radiografías	40 % después del deducible	30 % después del deducible	25 %
La mayoría de las pruebas de laboratorio	40 % después del deducible	30 % después del deducible	25 %
Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	40 % después del deducible	30 % después del deducible	25 %
Cirugía para pacientes ambulatorios	40 % después del deducible	30 % después del deducible	25 %
Consulta de salud mental	\$40 (terapia individual)	\$20 (terapia individual)	Sin cargo
<b>Atención para pacientes hospitalizados</b>			
Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	40 % después del deducible	30 % después del deducible	25 %
<b>Maternidad</b>			
Consultas rutinarias de atención prenatal, primera consulta posparto	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Parto y cuidados de bienestar infantil para pacientes hospitalizados	40 % después del deducible	30 % después del deducible	25 %
<b>Atención de emergencia y de urgencia</b>			
Visita al Departamento de Emergencias	40 % después del deducible	30 % después del deducible	25 %
Consulta de atención de urgencia	\$60	\$30	\$5
<b>Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)</b>			
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$20*	\$10*	Sin cargo
La mayoría de los medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$40*	\$20*	\$15*
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	\$80 después del deducible*	\$60 después del deducible*	\$50*
Medicamentos especializados (Nivel 4)	\$350 después del deducible*	\$250 después del deducible*	\$150*
<b>Salud integral</b>			
<b>Servicios para mantenerse sano</b>	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 <a href="http://kp2020.org">kp2020.org</a> (en inglés) para obtener más información. Explore nuestra gran variedad de recursos de cuidado personal diseñados para ayudarle a que viva bien en mente, cuerpo y espíritu. Visite <a href="http://kp.org/autocuidado">kp.org/autocuidado</a> para obtener más detalles.		

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

Este resumen del plan destaca los beneficios, copagos, coseguros y deducibles sobre los cuales se pregunta con más frecuencia. Consulte el *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](http://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. La mayoría de los deducibles, copagos y coseguros contribuyen al gasto máximo de bolsillo.

**E** Ofrecido a través del intercambio de beneficios de salud.

## 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](http://marylandhealthconnection.gov).

Resumen de beneficios	<b>E</b> KP VA Silver 3000 Ded/CSR/Vision	<b>E</b> KP VA Silver 0 Ded/CSR-B/Vision	<b>E</b> KP VA Silver 0 Ded/CSR-A/Vision
<b>Tipo de plan</b>	<b>Deductible</b>	<b>Copago</b>	<b>Copago</b>
Deductible anual de servicios médicos (individual/familiar)	\$3,000/\$6,000	Ninguno/Ninguno	Ninguno/Ninguno
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familia)	\$7,000/\$14,000	\$3,050/\$6,100	\$2,200/\$4,400
<b>Beneficios</b>			
<b>Atención virtual</b>			
Consultas electrónicas, por chat, por correo electrónico, por teléfono y por video	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
<b>Atención preventiva</b>			
Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
<b>Servicios para pacientes ambulatorios (por consulta o procedimiento)</b>			
Visita al consultorio de atención primaria	\$35 (no se aplica para los niños menores de 5 años)	\$15 (no se aplica para los niños menores de 5 años)	\$5 (no se aplica para los niños menores de 5 años)
Visita al consultorio de atención especializada	\$55	\$40	\$15
La mayoría de las radiografías	\$55	\$40	\$15
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$40	\$40	\$5
Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	35 % después del deducible	35 %	15 %
Cirugía para pacientes ambulatorios	35 % después del deducible	35 %	15 %
Consulta de salud mental	\$35 (terapia individual)	\$15 (terapia individual)	\$5
<b>Atención para pacientes hospitalizados</b>			
Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	35 % después del deducible	35 %	15 %
<b>Maternidad</b>			
Consultas rutinarias de atención prenatal, primera consulta posparto	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Parto y cuidados de bienestar infantil para pacientes hospitalizados	35 % después del deducible	35 %	15 %
<b>Atención de emergencia y de urgencia</b>			
Visita al Departamento de Emergencias	35 % después del deducible	35 %	15 %
Consulta de atención de urgencia	\$55	\$40	\$15
<b>Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)</b>			
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$25*	\$15*	\$5*
La mayoría de los medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$60*	\$60*	\$10*
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	35 % después del deducible	35 %	15 %
Medicamentos especializados (Nivel 4)	35 % después del deducible hasta un máximo de \$250 por receta médica de 30 días	35 % hasta un máximo de \$250 por receta médica de 30 días	15 % hasta un máximo de \$250 por medicamento recetado para 30 días
<b>Salud integral</b>			
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 <a href="http://kp2020.org">kp2020.org</a> (en inglés) para obtener más información. Explore nuestra gran variedad de recursos de cuidado personal diseñados para ayudarle a que viva bien en mente, cuerpo y espíritu. Visite <a href="http://kp.org/autocuidado">kp.org/autocuidado</a> para obtener más detalles.		

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

Este resumen del plan destaca los beneficios, copagos, coseguros y deducibles sobre los cuales se pregunta con más frecuencia. Consulte el *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](http://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. La mayoría de los deducibles, copagos y coseguros contribuyen al gasto máximo de bolsillo.

**E** Ofrecido a través del intercambio de beneficios de salud.

## 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](http://marylandhealthconnection.gov).

Resumen de beneficios	<b>E</b> KP VA Silver Virtual Forward 2500 Ded/CSR	<b>E</b> KP VA Silver Virtual Forward 500 Ded/CSR	<b>E</b> KP VA Silver Virtual Forward 0 Ded/CSR
<b>Tipo de plan</b>	<b>Deductible</b>	<b>Deductible</b>	<b>Copago</b>
Deductible anual de servicios médicos (individual/familiar)	\$2,500/\$5,000	\$500/\$1,000	Ninguno/Ninguno
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familia)	\$7,350/\$14,700	\$2,500/\$5,000	\$1,000/\$2,000
<b>Beneficios</b>			
<b>Atención virtual</b>			
Consultas electrónicas, por chat, por correo electrónico, por teléfono y por video	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
<b>Atención preventiva</b>			
Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
<b>Servicios para pacientes ambulatorios (por consulta o procedimiento)</b>			
Visita al consultorio de atención primaria	Atención virtual sin cargo; primera consulta en persona, sin cargo; consultas en persona adicionales, \$45 después del deducible <sup>##</sup>	Atención virtual sin cargo; primera consulta en persona, sin cargo; consultas en persona adicionales, \$35 después del deducible <sup>##</sup>	Atención virtual sin cargo; primera consulta en persona, sin cargo; consultas en persona adicionales, \$15 <sup>#</sup>
Visita al consultorio de atención especializada	\$65 después del deducible	\$55 después del deducible	\$40
La mayoría de las radiografías	20 % después del deducible	10 % después del deducible	5 %
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$65 después del deducible	\$55 después del deducible	\$40
Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	20 % después del deducible	10 % después del deducible	5 %
Cirugía para pacientes ambulatorios	20 % después del deducible	10 % después del deducible	5 %
Consulta de salud mental	Atención virtual sin cargo; primera consulta en persona, sin cargo; consultas en persona adicionales, \$45 después del deducible <sup>##</sup>	Atención virtual sin cargo; primera consulta en persona, sin cargo; consultas en persona adicionales, \$35 después del deducible <sup>##</sup>	Atención virtual sin cargo; primera consulta en persona, sin cargo; consultas en persona adicionales, \$15 <sup>#</sup>
<b>Atención para pacientes hospitalizados</b>			
Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	20 % después del deducible	10 % después del deducible	5 %
<b>Maternidad</b>			
Consultas rutinarias de atención prenatal, primera consulta posparto	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Parto y cuidados de bienestar infantil para pacientes hospitalizados	20 % después del deducible	10 % después del deducible	5 %
<b>Atención de emergencia y de urgencia</b>			
Visita al Departamento de Emergencias	20 % después del deducible	10 % después del deducible	5 %
Consulta de atención de urgencia	\$65 después del deducible	\$55 después del deducible	\$40
<b>Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)</b>			
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$5*	\$5*	Sin cargo
La mayoría de los medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$50 después del deducible*	\$30 después del deducible*	\$20*
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	50 % después del deducible	30 % después del deducible	20 %
Medicamentos especializados (Nivel 4)	50 % después del deducible hasta un máximo de \$250 por medicamento recetado para 30 días	30 % después del deducible, hasta un máximo de \$250 por medicamento recetado para 30 días	20 % después del deducible hasta un máximo de \$250 por medicamento recetado para 30 días
<b>Salud integral</b>			
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 <a href="http://kp2020.org">kp2020.org</a> (en inglés) para obtener más información. Explore nuestra gran variedad de recursos de cuidado personal diseñados para ayudarle a que viva bien en mente, cuerpo y espíritu. Visite <a href="http://kp.org/autocuidado">kp.org/autocuidado</a> para obtener más detalles.		

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

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

Este resumen del plan destaca los beneficios, copagos, coseguros y deducibles sobre los cuales se pregunta con más frecuencia. Consulte el *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](http://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. La mayoría de los deducibles, copagos y coseguros contribuyen al gasto máximo de bolsillo.

# Conozca su tarifa



Envíe su solicitud a través de [buykp.org](http://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 que elige.
- El lugar donde vive, es decir, su condado y 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](http://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.

## ¿Le interesa 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.

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 para Virginia				
20101-05	20175-78	22081-82	22225-27	22534-35
20108-13	20180-82	22095-96	22230	22538
20115	20184	22101-03	22240-46	22544-47
20116	20185	22106-09	22301-15	22551
20117-22	20186	22116	22320	22553-56
20124	20187	22118-19	22331-34	22565
20128	20188	22121-22	22350	22567
20129	20189-92	22124-25	22401-08	22580
20131-32	20194-97	22134-35	22412	22639
20134-37 <sup>†</sup>	20198	22150-53	22430	22642
20138	20598	22156	22443	22643
20139	22003	22158-61	22446	22720
20140	22009	22172	22448	22728
20141-43	22015	22180-83	22451	22736
20144	22025-27	22185	22463	22739
20146-49	22030-44	22191-95	22471	22960 <sup>†</sup>
20151-53	22046	22199	22481	23015
20155-56	22060	22201-07	22485	23024
20158-60	22066-67	22209-17	22508	23117 <sup>†</sup>
20163-72	22079	22219	22526	23170

<sup>†</sup> Partes del código postal que no están en el área de servicio: 20135, 22960 y 23117.

# Centros médicos de Kaiser Permanente



Nuestra meta es que le sea lo más fácil y conveniente posible recibir la atención que necesita cuando la necesite. Consulte el mapa a continuación o visite [kp.org/ubicaciones](http://kp.org/ubicaciones) para encontrar el centro más cercano.<sup>17</sup>

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

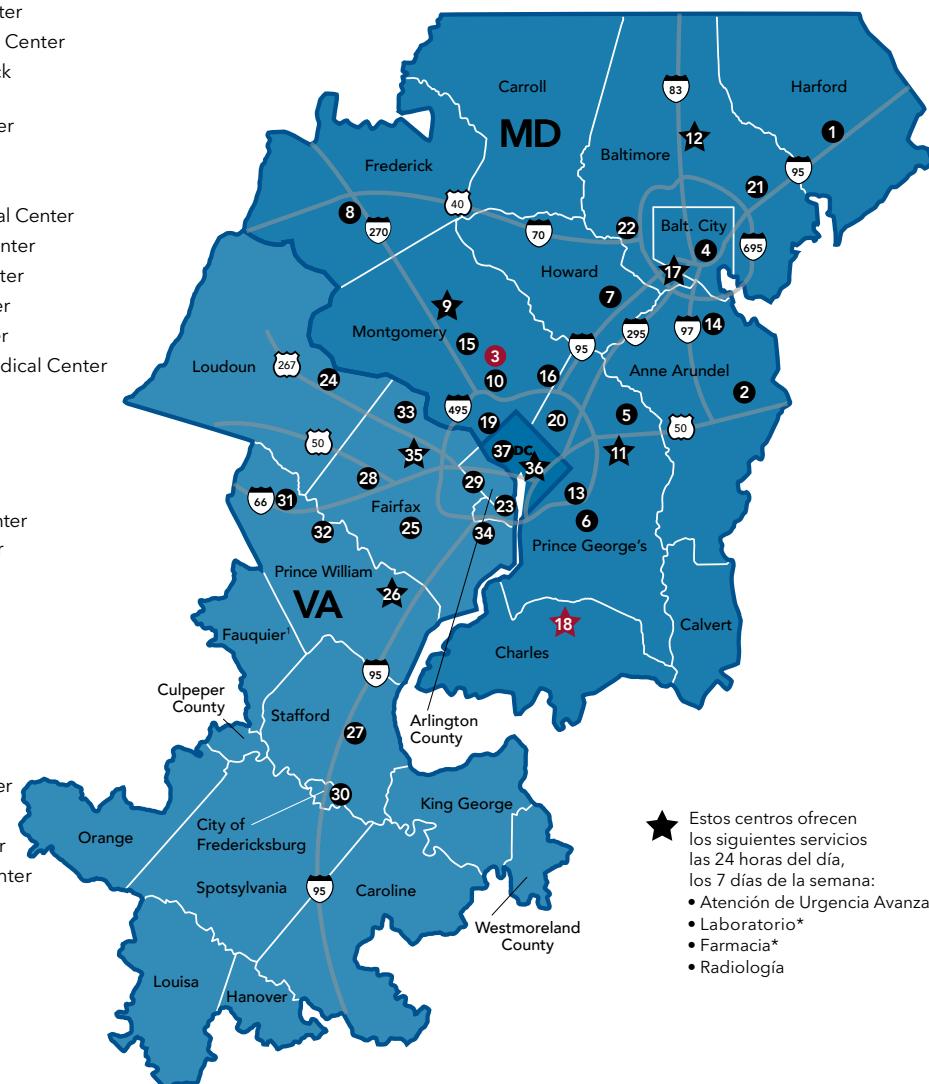
## Virginia

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

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

## Washington, DC

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



\*Horario de atención extendido en farmacia para Gaithersburg y Lutherville-Trimonium, y horario de atención extendido en laboratorios para Tysons Corner.

Para ver la lista más actualizada de las instalaciones y los servicios disponibles, ingrese a [kp.org/facilities](http://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, 20148, 20181, 20184, 20185, 20186, 20187, 20188, 20198, 22406, 22556, 22639, 22642, 22643, 22720, 22728, y 22739.

# Detalles y avisos importantes

Aviso sobre las prácticas del seguro relacionadas con la información: versión resumida

## Virginia

Tenga en cuenta que Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc. (de aquí en adelante Kaiser Permanente) no ha recibido información personal relacionada con su solicitud de ninguna otra persona que no sea el solicitante. La información personal necesaria para determinar la elegibilidad para la cobertura se puede obtener de la solicitud.

Además, tenga la seguridad de que, por política, Kaiser Permanente protege la confidencialidad de su información médica privada en la medida en que lo permita la ley.

Kaiser Permanente no divulgará ninguna información personal o confidencial que se recopile o reciba sobre una persona, a menos que la divulgación:

- esté autorizada por escrito por la persona;
- se haga a una institución de atención médica o a un profesional de la salud con los siguientes fines:
- verificar la cobertura o los beneficios del seguro;
- informar a una persona sobre un problema médico del que la persona no tenga conocimiento;
- llevar a cabo una auditoría de operaciones o servicios, siempre que esa información se divulgue solo porque es razonablemente necesaria para lograr los objetivos anteriores;

- se haga a una autoridad reguladora de seguros;
- se haga ante una autoridad del cumplimiento de la ley u otra autoridad gubernamental para proteger los intereses de Kaiser Permanente en la prevención o persecución de un fraude en su contra;
- se haga conforme a la ley correspondiente.

Usted tiene derecho a ver y obtener copias de la información personal registrada sobre usted, para lo cual debe enviar una solicitud por escrito. Si nos pide que corrijamos, modifiquemos o eliminemos cualquier información sobre usted en nuestros archivos y nos negamos a hacerlo, tiene derecho presentarnos una declaración concisa de lo que usted cree que es la información correcta, e incluiremos su declaración en nuestro archivo para que cualquier persona que lo revise pueda verla.

La información que se obtenga a través de un informe preparado por una organización de apoyo de seguros puede ser retenida por una organización de apoyo de seguros y divulgada a otras personas.

**Esta es una versión resumida del aviso de prácticas de obtención y divulgación de información. Si lo desea, puede solicitar la versión completa del formulario de Aviso sobre las prácticas del seguro relacionadas con la información (Notice of Insurance Information Practices) de Kaiser Permanente.**

# 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 las complicaciones directas por el 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 médicos alternativos:

- a. acupuntura;
- b. medicina holística;
- c. medicina homeopática;
- d. hipnosis;
- e. aromaterapia;
- f. masajes y masoterapia;
- g. terapia reiki;
- h. productos o tratamientos alimentarios o a base de hierbas o vitaminas;
- i. naturopatía;
- j. termografía;
- k. terapia ortomolecular;
- l. análisis por contacto reflejo;
- m. técnica de sincronización bioenergética (*bioenergial synchronization technique*, BEST);

- n. iridología (estudio del iris);
- o. tratamiento de integración auditiva (*auditory integration therapy*, AIT);
- p. irrigación de colon;
- q. terapia de inervación magnética;
- r. terapia electromagnética;
- s. neurorretroalimentación o biorretroalimentación.

### 2. Ciertos exámenes y servicios:

Exámenes físicos y otros servicios:

- a. necesarios para conseguir o conservar un empleo o para participar en programas para empleados;
- b. necesarios para obtener determinaciones sobre seguros, licencias o incapacidad;
- c. solicitados por orden judicial o necesarios para obtener libertad condicional o un periodo de prueba.

### 3. Servicios estéticos:

Servicios estéticos como tratamientos, servicios, medicamentos recetados, equipos o suministros destinados a preservar, cambiar o mejorar su apariencia por motivos diferentes de una necesidad desde el punto de vista médico. Esta exclusión no se aplica a cirugías o servicios relacionados para restaurar una función del organismo o corregir una deformidad a causa de una enfermedad, un traumatismo o un proceso terapéutico previo, o para corregir anomalías congénitas o del desarrollo, incluidas aquellas en bebés recién nacidos, que causan una deficiencia funcional, ni a los beneficios necesarios desde el punto de vista médico determinados según criterios de no discriminación coherentes con las normas médicas actuales. Algunos ejemplos de servicios estéticos son, entre otros, la dermatología estética,

los servicios de cirugías estéticas y los servicios dentales estéticos.

#### **4. Pruebas por orden judicial:**

Pruebas o atención por orden judicial, a menos que sean necesarias desde el punto de vista médico.

#### **5. Atención de custodia:**

La atención de custodia se refiere a la ayuda para las actividades de la vida diaria, como caminar, acostarse y levantarse de la cama, bañarse, vestirse, comer, ir al baño y tomar medicamentos, o la atención que pueden brindar de manera segura y eficaz personas que, para hacerlo, no necesitan títulos o certificados médicos ni la supervisión de un enfermero titulado. Esta exclusión no se aplica a la atención de custodia recibida mientras obtiene cuidados paliativos.

#### **6. Atención dental:**

La atención y las radiografías dentales, incluidos los aparatos dentales, los implantes dentales, el acortamiento de la mandíbula o maxilar con fines estéticos, la corrección de la maloclusión, los servicios dentales como resultado de un tratamiento médico como una cirugía de la mandíbula y radioterapia, y cualquier aparato dental no extraíble relacionado con el síndrome de disfunción de dolor de la articulación temporomandibular (*temporomandibular joint*, TMJ). Esta exclusión no se aplica a la atención dental necesaria desde el punto de vista médico.

#### **7. Suministros desechables:**

Suministros desechables para uso en el hogar, como vendajes, gasa, cinta, antisépticos y vendajes elásticos.

#### **8. Equipo médico duradero:**

A excepción de los equipos que cubriríamos específicamente.

#### **9. Responsabilidad del empleador o el Gobierno:**

Responsabilidad financiera por servicios que un empleador o una agencia gubernamental, por ley, deben proporcionar.

#### **10. Servicios experimentales o de investigación:**

Servicios o suministros, incluidos aquellos que se determine que están relacionados con servicios experimentales o de investigación, independientemente de que se reciban antes, durante o después de que obtener el servicio o suministro experimental o de investigación. Un servicio o suministro es experimental o de investigación para su condición si es posible hacer alguna de las siguientes afirmaciones en el momento en el que usted reciba o recibirá el servicio:

- a. No se puede comercializar legalmente en los Estados Unidos sin la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (*Food and Drug Administration*, FDA) y no se le ha otorgado dicha aprobación.
- b. Actualmente está sujeto a la solicitud de un nuevo medicamento o dispositivo que se encuentra en los archivos de la FDA, pero que la FDA aún no ha aprobado.
- c. Está sujeto a la aprobación o la revisión de una Junta de Revisión Institucional (*Institutional Review Board*, IRB) del centro de atención, que aprueba o revisa las investigaciones en cuanto a la seguridad, la toxicidad o la eficacia de los servicios.
- d. Es el tema de un protocolo escrito usado por el centro de atención para investigaciones, ensayos clínicos

u otras pruebas o estudios con el fin de evaluar su nivel de seguridad, efectividad, toxicidad o eficacia, como se indica en el protocolo en sí o en el formulario de consentimiento por escrito que emplea el centro.

Para determinar si un servicio es experimental o de investigación, se considerarán exclusivamente las siguientes fuentes de información:

- a. Su historia clínica.
- b. Los protocolos escritos u otros documentos según los cuales se haya proporcionado o se vaya a proporcionar el servicio.
- c. Los documentos de consentimiento que usted o su representante hayan firmado o deban firmar para que se reciba el servicio.
- d. Los expedientes y registros de la IRB u otra organización similar que apruebe o revise la investigación en la institución donde se haya proporcionado o vaya a proporcionarse el servicio, y cualquier otra información relacionada con la autoridad o las acciones de la IRB u otra organización similar.
- e. Las publicaciones médicas o científicas con autoridad sobre el servicio, como se hayan aplicado a su enfermedad o lesión.
- f. Las normas, los registros, las solicitudes y cualquier otra medida o documento emitidos, archivados o utilizados por la FDA, la Oficina de Evaluación de Tecnologías (Office of Technology Assessment), otros organismos dentro del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o cualquier organismo del estado que desempeñe funciones similares.

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

#### **11. Familiares:**

Los servicios recetados, ordenados, referidos o brindados por un familiar directo, como su cónyuge o pareja doméstica, hijo, hermano, hermana, padre, madre, familiar político o usted mismo.

#### **12. Membresías en gimnasios y servicios de acondicionamiento físico:**

Membresías en gimnasios, equipos de ejercicio, cargos de un entrenador personal o de acondicionamiento físico, o cualquier otro cargo por actividades, equipos o centros usados para el acondicionamiento físico, incluso cuando los solicite un proveedor del plan. Esta exclusión también corresponde a los spas de salud.

#### **13. Dispositivos protésicos y ortopédicos:**

Las prótesis con fines deportivos o estéticos. Los servicios y suministros para dispositivos protésicos y ortopédicos externos.

#### **14. Servicios de cuidado rutinario de los pies:**

Excepto cuando son necesarios desde el punto de vista médico.

#### **15. Gastos de traslados y alojamiento:**

Se aplica una excepción en algunas situaciones si un médico del plan lo remite a un proveedor no perteneciente al plan y fuera de nuestra área de servicio, en cuyo caso podemos pagar ciertos gastos que autoricemos previamente según nuestras pautas de traslados y alojamiento, o si se incurre en los gastos como parte de los servicios de un trasplante.

## **16. Tratamientos en las venas:**

El tratamiento de várices o venas telangiectásicas, también conocidas como arañas vasculares, por cualquier método incluida la escleroterapia u otras cirugías con fines estéticos.

## **17. Compensación del trabajador o responsabilidad del empleador:**

Servicios que no tendría que pagar si no tuviera este plan. Esto incluye, entre otros, los programas del Gobierno, los servicios mientras se cumple una sentencia de cárcel o prisión, los servicios que reciba de la compensación del trabajador y los servicios de clínicas sin costo. Esta exclusión no se aplica si usted no cuenta con beneficios de la compensación del trabajador. La exclusión se aplicará si obtiene los beneficios de forma total o parcial. Esta exclusión también se aplica independientemente de si reclama o no los beneficios o la compensación, y de si recibe o no pagos de un tercero.

## **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 un consultorio 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.

## **Exclusiones de farmacia**

No cubrimos:

1. Medicamentos para los cuales la ley no exija una receta, excepto los medicamentos de venta libre que recete un proveedor del plan y que estén incluidos en nuestra lista de medicamentos cubiertos.
2. Preparaciones de compuestos que no contengan al menos un (1) ingrediente que requiera receta médica y que no se mencionen en nuestra lista de medicamentos cubiertos.
3. Medicamentos para llevar a casa recibidos en un hospital, un centro de enfermería especializada u otro centro similar.
4. Medicamentos que se consideren experimentales o de investigación.
5. Medicamentos que puedan obtenerse sin receta o 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 de alguna manera las leyes federales o estatales que rigen los beneficios de salud esenciales.

6. Medicamentos que, por ley, el miembro no esté obligado a pagar o que no se cobren.
7. Medicamentos o preparaciones dermatológicas, ungüentos, lociones y cremas recetados con fines cosméticos, incluidos, entre otros, los medicamentos que se usan para retardar o revertir los efectos del envejecimiento de la piel o para el tratamiento de hongos en las uñas o la caída del cabello.
8. Medicamentos para paliar y controlar una enfermedad terminal, a menos que sean proporcionados por una agencia autorizada de cuidados paliativos a un miembro que participe en nuestro programa de cuidados paliativos.
9. Medicamentos recetados y accesorios que sean necesarios para servicios que no cubrimos.
10. Embalajes especiales (por ejemplo, envases tipo blíster, dosis unitarias o de unidad de uso) que sean diferentes de nuestro embalaje estándar para medicamentos recetados.
11. Formulaciones o métodos de entrega alternativos que sean diferentes de la formulación o el método de entrega estándares que ofrecemos para medicamentos recetados y que no se consideren necesarios desde el punto de vista médico.
12. Medicamentos y dispositivos que se proporcionen durante una estancia cubierta en un hospital o un centro de enfermería especializada, o que requieran la administración u observación por parte del personal médico y se le proporcionen en un consultorio médico o durante las visitas en el hogar. Esto incluye el equipo y los suministros asociados con la administración de un medicamento.
13. Vendaje o apósitos.
14. Equipos y suministros para la diabetes.
15. Inmunizaciones y vacunas que sean necesarias únicamente para viajes.
16. Cualquier producto de medicamentos recetados que sea terapéuticamente equivalente a un medicamento de venta libre, conforme a la revisión y determinación del Comité de Farmacia y Terapéutica. La determinación del Comité de Farmacia y Terapéutica está sujeta a apelación si el médico que emite la receta considera que el medicamento de venta libre terapéuticamente equivalente no es apropiado para tratar la condición del paciente.
17. Medicamentos para el control del peso.
18. Medicamentos para el tratamiento de trastornos de disfunción sexual, como la disfunción eréctil.
19. Medicamentos para el tratamiento de la infertilidad.

## Limitaciones de farmacia

En el caso de medicamentos recetados por dentistas, la cobertura se limita a antibióticos y medicamentos para aliviar el dolor que estén incluidos en nuestra lista de medicamentos cubiertos y se compran en una farmacia del plan, a menos que se cumplan los criterios de cobertura de medicamentos de marca no incluidos en la lista de medicamentos cubiertos.

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

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 prorratoeado 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. El miembro solicita o acepta un suministro parcial para sincronizar el surtido de sus medicamentos recetados.

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.

Para los anticonceptivos, los miembros pueden obtener un suministro de hasta doce (12) meses de anticonceptivos recetados en una sola receta, cuando lo autorice el proveedor del plan que emite la receta o un médico al que lo hayan referido.

## 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 tenga 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. Los servicios para restaurar la estructura dental debido a desgaste, erosión o abrasión no están cubiertos.
  9. 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.
10. Los procedimientos, los aparatos o la restauración para corregir malformaciones congénitas o del desarrollo no son beneficios cubiertos.
  11. 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.
  12. 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.
  13. 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.
  14. Citas interrumpidas, a menos que estén cubiertas específicamente.

# 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](http://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 de la 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](http://about.kaiserpermanente.org/who-we-are/annual-reports/2022-annual-report) (en inglés).

**4.** Calificaciones de los Planes de Seguro de Salud Privados del NCQA para 2023 y 2024, Comité Nacional de Garantía de Calidad, 2023: Kaiser Foundation Health Plan of Colorado – HMO (calificación 4 de 5); Kaiser Foundation Health Plan of Georgia, Inc. – HMO (calificación 4 de 5); Kaiser Foundation Health Plan, Inc., of Hawaii – HMO (calificación 4 de 5); Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc. – HMO (calificación 5 de 5); Kaiser Foundation Health Plan, Inc., of Northern California – HMO (calificación 4.5 de 5); Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest – HMO (calificación 4 de 5); Kaiser Foundation Health Plan, Inc., of Southern California – HMO (calificación 4.5 de 5); Kaiser Foundation Health Plan of Washington – HMO (calificación 4 de 5). **5.** Elizabeth A. McGlynn, PhD, y otros, "Measuring Premature Mortality Among Kaiser Permanente Members Compared to the Community", Kaiser Permanente, 20 de julio de 2022.

**6.** Theodore R. Levin, MD, y otros, "Effects of Organized Colorectal Cancer Screening on Cancer Incidence and Mortality in a Large, Community-Based Population", *Gastroenterology*, noviembre de 2018. **7.** American Heart Association (Asociación Americana del Corazón) y American Stroke Association (Asociación Americana de Ataques Cerebrales), 11 de julio de 2024.

**8.** Cuando corresponda y esté disponible. Si viaja fuera del estado, es posible que las consultas por teléfono y por video no estén disponibles debido a leyes estatales que impiden que los médicos brinden atención en otros estados. Las leyes varían según el estado. **9.** Encuesta de GCN realizada tras la consulta a 60,945 miembros de Kaiser Permanente, 2023.

**10.** Kaiser Permanente National Market Research, noviembre de 2023. **11.** No todos los medicamentos recetados pueden enviarse por correo; es posible que haya restricciones. Confirme con su farmacia local. Los servicios de entrega de medicamentos el mismo día o el día siguiente pueden estar disponibles por un costo adicional. Estos servicios no están cubiertos por los beneficios de su plan de salud y es posible que estén limitados a farmacias, zonas y medicamentos 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](http://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: የሚገኘውን ቁጥጥር አማርኛ ኮይንስ የተጠቀም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነፃ ሌሎች አማርኛ ቀን ተከራክሩዋል፡ ወደ ማረጋገጫ ቅጽ ፬,፭ወላድ **1-800-777-7902 (TTY: 711)**.

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

**Bàsóò Wùdqù (Bassa) Dè dẹ nìà kε dyéqué gbo:** O jú ké ዓ Bàsóò-wùdqù-po-nyò jú ní, níí, à wuqu kà kò qò po-poò bén ዓ 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।  
কোন করুন **1-800-777-7902 (TTY: 711)**।

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

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

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

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

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

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

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

**Igbo (Igbo) NRUBAMA:** O bụru na i na asụ Igbo, ọrụ enyemaka asụṣụ, n'efu, diịri gi. Kpọ 1-800-777-7902 (TTY: 711).

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

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

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

**Naabehó (Navajo) Díí baa akó nínízin:** Díí saad bee yánílti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánida'áwo'déé', t'áá jiik'eh, eí ná hóló, kojí' hódíílnih **1-800-777-7902** (TTY: 711).

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

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

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

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

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

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

**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.