

# Atención médica que funciona



Comience ahora en [buykp.org](https://buykp.org)  
(haga clic en "Español")

 KAISER PERMANENTE®

# Pruebe una atención médica más simple e inteligente

Cuando todas sus cuestiones relacionadas con la salud se cubren con un solo plan, obtiene lo siguiente:

- atención virtual y en persona de alta calidad;
- acceso a la atención desde cualquier lugar las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
- apoyo para su salud mental y bienestar;
- atención preventiva, primaria y especializada de alta calidad.



# Encuentre su versión más saludable

Podemos ayudarle a encontrar su versión saludable, cueste lo que cueste. La atención en Kaiser Permanente es más fácil y rápida gracias a los profesionales de la salud conectados, a otras maneras de recibir cuidados y al apoyo hacia su salud integral.

## Fechas importantes relacionadas con el periodo de inscripción abierta para 2026

- El periodo de inscripción abierta para la cobertura de 2026 inicia el **1 de noviembre de 2025** y termina el **31 de enero de 2026**.
- Puede cambiar o solicitar la cobertura a través de Kaiser Permanente, o podemos ayudarle a presentar una solicitud por medio de DC Health Link.
- Para la cobertura que empieza el **1 de enero de 2026**, debemos recibir su solicitud de cobertura médica a más tardar el **15 de diciembre de 2025**.

## Cómo inscribirse durante un periodo de inscripción especial

- ¿Se está por casar, mudar o perder su cobertura de salud? También puede inscribirse o cambiar su cobertura 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/inscripcionesespecial](https://kp.org/inscripcionesespecial) para consultar la lista de eventos calificados de vida y las instrucciones.

¿Necesita hablar con alguien?  
Estamos aquí para ayudarle.

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

# La combinación de atención y cobertura marca la diferencia

Sus médicos, hospitales y beneficios del plan de salud deben cooperar para ofrecerle una atención de primer nivel, en el momento y lugar que la necesite.

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

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



Descubra cómo podemos ayudarle a vivir su mejor vida en **kp.org/learnthebasics** (haga clic en “Español”).

“ Fue mi primera cita con la Dra. Rieple y quedé muy impresionada. Me hizo sentir como si fuera la persona más importante de su agenda. ”

—Michele, miembro de Kaiser Permanente



# Acceso oportuno y conveniente a la atención en persona y virtual

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



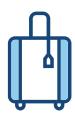
## Atención virtual 24/7

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



## Servicio de farmacia por correo

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



## Atención cuando viaja

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

## Cómo obtener atención de urgencia cuando viaja

Si requiere atención de urgencia fuera de un estado de Kaiser Permanente, como California, Colorado, Georgia, Hawái, Maryland, Oregón, Virginia, Washington o Washington, D.C., puede acudir a una clínica MinuteClinic de CVS, un centro de Concentra o un centro de atención de urgencia.<sup>4</sup>

# Cuidado de su salud física y mental

Nuestros miembros pueden recibir ayuda para la depresión, la ansiedad, las adicciones y la salud mental o emocional, sin necesidad de una referencia, dentro de Kaiser Permanente. Explore terapia individual y grupal, clases de salud, recursos de autocuidado y más.<sup>5</sup>

## Recursos para el bienestar diario

Aproveche clases, servicios y programas que le ayudarán a alcanzar sus metas de salud.<sup>6</sup>

- asesoría de bienestar;
- programas de acondicionamiento físico;
- membresías a gimnasios;
- acupuntura, terapia de masajes y atención quiropráctica.

Nuestros  
miembros tienen:

**5 veces**

más probabilidades de  
hacerse una evaluación  
para detectar la depresión<sup>7</sup>

**Casi 2 veces**

veces más  
probabilidades de  
responder al tratamiento<sup>7</sup>



# Atención de primera clase

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

- **Reconocimiento a la excelencia en la atención médica de ataques cerebrales y enfermedades cardíacas:** El programa Get With The Guidelines® de las asociaciones American Heart Association (Asociación Americana del Corazón) y American Stroke Association (Asociación Americana de Ataques Cerebrales) reconoció 38 de nuestros centros médicos por su compromiso con la excelencia en el tratamiento de ataques cerebrales y enfermedades cardíacas.<sup>8</sup>
- **Atención de calidad contra el cáncer:** Kaiser Permanente Mid-Atlantic States recibió una acreditación con mención de la Commission on Cancer (Comisión del Cáncer). Esta distinción reconoce que nuestro cuidado de cáncer supera los requisitos definidos por el American College of Surgeons (Colegio Americano de Cirujanos).

## Le acompañamos en cada paso del camino



Su historial médico de Kaiser Permanente se encuentra en su historia clínica electrónica (electronic health record, EHR).

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 exámenes médicos y pruebas.



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

–Dra. Khushboo Mehta

# Cómo elegir su plan de salud

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

## Planes virtuales

La prima mensual del plan virtual tiene un costo menor, y gran parte de la atención comienza con consultas virtuales. Reciba la atención médica de la forma que quiera. Puede elegir entre un chat virtual o una línea telefónica para recibir consejos disponibles las 24 horas del día los 7 días de la semana, 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 copagos

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

## Planes de KP Plus

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

Visite [choiceproducts-midatlantic.kp.org/hmo-dhmo-plus](http://choiceproducts-midatlantic.kp.org/hmo-dhmo-plus) (en inglés) para obtener más información.

## Planes con deducible

Con un plan con deducible, su prima mensual es menor, pero deberá pagar el costo total de la mayoría de los servicios cubiertos hasta alcanzar un monto fijo conocido como deducible. Después comenzará a pagar menos: un copago o un coseguro. Según su plan, para algunos servicios, como visitas al consultorio o medicamentos recetados, es posible que tenga que pagar un copago o un coseguro antes de que alcance su deducible.

## Planes con deducible alto que admiten HSA

Los planes con deducible alto que admiten cuenta de ahorros para gastos médicos (health savings account, HSA) son planes con deducible que tienen una característica particular: le dan la opción de abrir una HSA para pagar los costos de la atención médica elegible, lo que incluye copagos, coseguros y deducibles. No pagará impuestos federales por el dinero de esta cuenta.

Puede usar la HSA en cualquier momento para pagar por la atención médica, lo que incluye ciertos servicios que su plan podría no cubrir, como anteojos o atención dental para adultos, o servicios quiroprácticos<sup>9</sup>. Si, al final del año, tiene dinero de sobra en su HSA, podrá usarlo el año siguiente.

**Novedades para 2026:** la mayoría de los planes de bronce se pueden vincular con su cuenta de ahorros para gastos médicos. Obtenga más información en [healthy.kaiserpermanente.org/pages/hsa-overview](http://healthy.kaiserpermanente.org/pages/hsa-overview) (haga clic en "Español").

# Explore la cobertura dental

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

Visite [kp.org/dental/mas](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 personal sabe cuándo le toca un examen de los ojos completo 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 someterse a exámenes para que se les receten anteojos o lentes de contacto: ahí es donde aparece Vision Essentials de Kaiser Permanente.

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

### **El plan incluye lo siguiente:**

- Examen rutinario de los ojos para niños y adultos.
- Servicios de oftalmología para tratar enfermedades de 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 y lentes; \$25 en lentes de contacto.

# Ejemplo de sus costos de atención

Digamos que se lesionó el tobillo. Visita a su médico personal y el profesional le pide una radiografía. Es simplemente un esguince, así que el médico le receta un medicamento genérico para el dolor. Este es un ejemplo de lo que pagaría de su bolsillo por estos servicios con cada tipo de plan de salud.

Nombre del plan	Visita al consultorio	Radiografía	La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)
KP DC Gold 0 Ded/100 RxDed/Vision (sin deducible)	\$20 (no se aplica para los niños menores de 5 años)	\$65	\$15 <sup>†</sup>
KP DC Silver Virtual Forward 4000 Ded (deducible de \$4,000)	Atención virtual sin cargo; la primera visita en persona sin cargo; visitas en persona adicionales a \$55 después del deducible***	30 % después del deducible	\$10 <sup>†</sup>
KP DC Standard Bronze 6350 Ded/HSA/Vision (deducible de \$6,350)	20 % después del deducible	20 % después del deducible	20 % después del deducible

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

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.

<sup>†</sup> 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 miembro del personal de enfermería, a 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 el deducible.

# Características de los planes: resumen de beneficios

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

## Resumen de cómo interpretar la tabla

Resumen de beneficios	KP DC Silver 3500 Ded/1200 Rx/Ded/Vision
Tipo de plan	Deductible
Deductible anual de servicios médicos (individual/familiar)	\$3,500/\$7,000
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familia)	\$9,200/\$18,400
<b>Beneficios</b>	
Atención virtual	
Consultas electrónicas, por chat, por correo electrónico, por teléfono y por video	Sin costo
Atención preventiva	
Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.	Sin costo
Servicios para pacientes ambulatorios (por consulta o procedimiento)	
Visita al consultorio de atención primaria	\$30 (no se aplica para los niños menores de 5 años)
Visita al consultorio de atención especializada	\$60
La mayoría de las radiografías	\$70
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$40
Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	30 % después del deducible
Cirugía ambulatoria	30 % después del deducible
Visita de salud mental	\$30 (terapia individual)
Atención para pacientes hospitalizados	
Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	30 % después del deducible
Maternidad	
Consultas rutinarias de atención prenatal, primera consulta posparto	Sin costo
Parto y cuidados de bienestar infantil para pacientes hospitalizados	30 % después del deducible
Atención de emergencia y de urgencia	
Visita al Departamento de Emergencias	30 % después del deducible
Visita de atención de urgencia	\$60
Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)	
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$20 <sup>†</sup>
La mayoría de los medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$60 después del deducible de farmacia de \$1,200 por miembro <sup>†</sup>
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	30 % después del deducible de farmacia de \$1,200 por miembro
Medicamentos especializados (Nivel 4)	30 % después del deducible de farmacia de \$1,200 por miembro, hasta un máximo de \$150 por receta para 30 días
Salud integral	
Servicios para mantenerse sano	Los exámenes de la vista están incluidos en su plan. Acuda a nuestros centros de servicios ópticos para obtener sus anteojos y lentes de contacto. Visite <a href="#">kp2020.org/Soca</a> (en inglés) para obtener más información. Explore nuestra amplia variedad de recursos para el cuidado personal diseñada para mejorar su bienestar general. Visite <a href="#">kp.org/selfcare</a> (haga clic en "Español") para obtener más información.

### Deductible anual

Debe pagar este monto antes de que su plan comience a ayudarle a pagar la mayoría de los servicios cubiertos. Con este plan de ejemplo, pagaría los costos completos de los servicios cubiertos hasta llegar a \$3,500 para usted o \$7,000 para su familia. A partir de ese momento, usted comenzaría a pagar los copagos o el coseguro.

### Gasto máximo de bolsillo anual

Este es el monto máximo que usted pagará por atención durante el año calendario antes de que el plan comience a pagar el 100 % de la mayoría de los servicios cubiertos. En este ejemplo, nunca pagaría más de \$9,200 por usted y no más de \$18,400 por su familia por concepto de copagos, coseguros y deducibles en un año calendario.

### Atención preventiva sin costo adicional

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

### Con cobertura antes de alcanzar el deducible

Para algunos servicios, usted solamente pagará un copago o un coseguro, sin importar si ya alcanzó su deducible. Con este plan, las visitas de atención primaria están cubiertas por un copago de \$30 (no se aplica para los niños menores de 5 años), incluso antes de alcanzar su deducible. Con nuestros planes Silver con deducible, la atención primaria, la atención especializada y las visitas de atención de urgencia están cubiertas antes de alcanzar el deducible.

### Coseguro

Después de alcanzar su deducible, este es un porcentaje de los costos que podría pagar por los servicios cubiertos. En este caso, pagaría el 30 % del costo diario de su atención para pacientes hospitalizados después de que alcance su deducible. Su plan pagaría el resto hasta el fin del año calendario.

### Copago

Este es el monto fijo que paga por servicios cubiertos, en general después de que alcance su deducible. En este ejemplo, usted comenzaría a pagar un copago de \$60 por visitas de atención de urgencia, sin importar si ya alcanzó o no su deducible.

<sup>†</sup>Pedido por correo: suministro de 90 días de medicamentos recetados autorizados por el costo de un suministro de 60 días.

Hay opciones de asistencia financiera disponibles para determinados planes, así como para los nativos de Alaska y los nativos americanos, en [dchealthlink.com](http://dchealthlink.com) (haga clic en "Español").

Resumen de beneficios	KP DC Essential Bronze 7500 Ded/1000 RxDed	KP DC Bronze 6500 Ded/Vision	KP DC Bronze 6350 Ded/HSA/Vision
<b>Tipo de plan</b>	<b>Admite HSA</b>	<b>Admite HSA</b>	<b>Admite HSA</b>
Deductible anual de servicios médicos (individual/familiar)	\$7,500/\$15,000	\$6,500/\$13,000	\$6,350/\$12,700
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familia)	\$10,150/\$20,300	\$9,200/\$18,400	\$7,300/\$14,600
<b>Beneficios</b>			
<b>Atención virtual</b>			
Consultas electrónicas, por chat, por correo electrónico, por teléfono y por video	Sin costo	Sin costo	Consultas electrónicas, por chat, por correo electrónico, por teléfono y por video: sin cargo después del deductible
<b>Atención preventiva</b>			
Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.	Sin costo	Sin costo	Sin costo
<b>Servicios para pacientes ambulatorios (por consulta o procedimiento)</b>			
Visita al consultorio de atención primaria	\$45	\$65 (no se aplica para los niños menores de 5 años)	20 % después del deductible
Visita al consultorio de atención especializada	\$105	\$85 después del deductible	20 % después del deductible
La mayoría de las radiografías	\$80 después del deductible	50 % después del deductible	20 % después del deductible
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$55 después del deductible	50 % después del deductible	20 % después del deductible
Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	\$500 después del deductible	50 % después del deductible	20 % después del deductible
Cirugía ambulatoria	40 % después del deductible	50 % después del deductible	20 % después del deductible
Visita de salud mental	\$45 (terapia individual)	\$65 (terapia individual)	20 % después del deductible
<b>Atención para pacientes hospitalizados</b>			
Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	40 % después del deductible	50 % después del deductible	20 % después del deductible
<b>Maternidad</b>			
Consultas rutinarias de atención prenatal, primera consulta posparto	Sin costo	Sin costo	Sin costo
Parto y cuidados de bienestar infantil para pacientes hospitalizados	40 % después del deductible	50 % después del deductible	20 % después del deductible
<b>Atención de emergencia y de urgencia</b>			
Visita al Departamento de Emergencias	40 % después del deductible	50 % después del deductible	20 % después del deductible
Visita de atención de urgencia	\$100	\$85 después del deductible	20 % después del deductible
<b>Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)</b>			
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$25 <sup>†</sup>	\$40 <sup>†</sup>	20 % después del deductible
La mayoría de los medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$75 después del deductible de farmacia de \$1,000 por miembro <sup>†</sup>	50 % después del deductible	20 % después del deductible
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	\$100 después del deductible de farmacia de \$1,000 por miembro <sup>†</sup>	50 % después del deductible	20 % después del deductible
Medicamentos especializados (Nivel 4)	\$150 después del deductible de farmacia de \$1,000 por miembro por receta para 30 días	50 % después del deductible, hasta un máximo de \$150 por receta para 30 días	20 % después del deductible, hasta un máximo de \$150 por receta 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 amplia variedad de recursos para el cuidado personal diseñada para mejorar su bienestar general. Visite <a href="http://kp.org/selfcare">kp.org/selfcare</a> (haga clic en "Español") para obtener más información.		

<sup>†</sup>Pedido por correo: suministro de 90 días de medicamentos recetados autorizados por el costo de un suministro de 60 días.

Este resumen del plan destaca los beneficios, copagos, coseguros y deducibles sobre los cuales se pregunta con más frecuencia. Consulte el *Acuerdo de Membresía y Evidencia de Cobertura* (Membership Agreement and Evidence of Coverage) para obtener más información sobre su plan o para conocer las limitaciones y exclusiones específicas. Para solicitar una copia del *Acuerdo de Membresía y Evidencia de Cobertura*, visite [kp.org/plandocuments](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. El gasto máximo de bolsillo incluye el deductible anual. La mayoría de los copagos y coseguros contribuyen al monto de gastos máximos de bolsillo.

Hay opciones de asistencia financiera disponibles para determinados planes, así como para los nativos de Alaska y los nativos americanos, en [dchealthlink.com](http://dchealthlink.com) (haga clic en "Español").

Resumen de beneficios	KP DC Essential Silver 4850 Ded/350 RxDed	KP DC Silver Virtual Forward 4000 Ded	KP DC Silver 3500 Ded/1200 RxDed/Vision	KP DC Gold Virtual Forward 2000 Ded
Tipo de plan	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible
Deductible anual de servicios médicos (individual/familiar)	\$4,850/\$9,700	\$4,000/\$8,000	\$3,500/\$7,000	\$2,000/\$4,000
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familia)	\$9,150/\$18,300	\$8,000/\$16,000	\$9,200/\$18,400	\$6,200/\$12,400
<b>Beneficios</b>				
<b>Atención virtual</b>				
Consultas electrónicas, por chat, por correo electrónico, por teléfono y por video	Sin costo	Sin costo	Sin costo	Sin costo
<b>Atención preventiva</b>				
Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.	Sin costo	Sin costo	Sin costo	Sin costo
<b>Servicios para pacientes ambulatorios (por consulta o procedimiento)</b>				
Visita al consultorio de atención primaria	\$40	Atención virtual sin cargo; la primera visita en persona sin cargo; visitas en persona adicionales a \$55 después del deductible***	\$30 (no se aplica para los niños menores de 5 años)	Atención virtual sin cargo; la primera visita en persona sin cargo; visitas en persona adicionales a \$50 después del deductible***
Visita al consultorio de atención especializada	\$80	\$75 después del deductible	\$60	\$70 después del deductible
La mayoría de las radiografías	\$80	30 % después del deductible	\$70	\$50 después del deductible
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$60	\$75 después del deductible	\$40	\$50 después del deductible
Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	\$400	30 % después del deductible	30 % después del deductible	\$150 después del deductible
Cirugía ambulatoria	20 % después del deductible	30 % después del deductible	30 % después del deductible	\$200 después del deductible
Visita de salud mental	\$40 (terapia individual)	Atención virtual sin cargo; la primera visita en persona sin cargo; visitas en persona adicionales a \$55 después del deductible***	\$30 (terapia individual)	Atención virtual sin cargo; la primera visita en persona sin cargo; visitas en persona adicionales a \$50 después del deductible***
<b>Atención para pacientes hospitalizados</b>				
Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	20 % después del deductible	30 % después del deductible	30 % después del deductible	\$300 por día hasta 3 días después del deductible*
<b>Maternidad</b>				
Consultas rutinarias de atención prenatal, primera consulta posparto	Sin costo	Sin costo	Sin costo	Sin costo
Parto y cuidados de bienestar infantil para pacientes hospitalizados	20 % después del deductible	30 % después del deductible	30 % después del deductible	\$300 por día hasta 3 días después del deductible*
<b>Atención de emergencia y de urgencia</b>				
Visita al Departamento de Emergencias	\$400 después del deductible (el copago no se aplica si se le hospitaliza)	30 % después del deductible	30 % después del deductible	\$200 después del deductible
Visita de atención de urgencia	\$90	\$75 después del deductible	\$60	\$70 después del deductible
<b>Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)</b>				
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$20 <sup>†</sup>	\$10 <sup>†</sup>	\$20 <sup>†</sup>	\$5 <sup>†</sup>
La mayoría de los medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$50 después del deductible de farmacia de \$350 por miembro <sup>†</sup>	\$50 después del deductible <sup>†</sup>	\$60 después del deductible de farmacia de \$1,200 por miembro <sup>†</sup>	\$50 después del deductible <sup>†</sup>
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	\$70 después del deductible de farmacia de \$350 por miembro <sup>†</sup>	50 % después del deductible	30% después del deductible de farmacia de \$1,200 por miembro	50 % después del deductible
Medicamentos especializados (Nivel 4)	\$150 después del deductible de farmacia de \$350 por miembro por receta para 30 días	50 % después del deductible, hasta un máximo de \$150 por receta para 30 días	30 % después del deductible de farmacia de \$1,200 por miembro, hasta un máximo de \$150 por receta para 30 días	50 % después del deductible, hasta un máximo de \$150 por receta 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 amplia variedad de recursos para el cuidado personal diseñada para mejorar su bienestar general. Visite <a href="http://kp.org/selfcare">kp.org/selfcare</a> (haga clic en "Español") para obtener más información.			

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

<sup>†</sup>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 miembro del personal de enfermería, a consultas electrónicas, por correo electrónico, por teléfono y por video. La primera consulta en persona es sin cargo antes de que alcance su deductible, 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 *Acuerdo de Membresía y Evidencia de Cobertura* (Membership Agreement and Evidence of Coverage) para obtener más información sobre su plan o para conocer las limitaciones y exclusiones específicas. Para solicitar una copia del *Acuerdo de Membresía y Evidencia de Cobertura*, visite [kp.org/plandocuments](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. El gasto máximo de bolsillo incluye el deductible anual. La mayoría de los copagos y coseguros contribuyen al monto de gastos máximos de bolsillo.

Hay opciones de asistencia financiera disponibles para determinados planes, así como para los nativos de Alaska y los nativos americanos, en [dchealthlink.com](http://dchealthlink.com) (haga clic en "Español").

Resumen de beneficios	KP DC Gold 1800 Ded/HSA/Vision	KP DC Gold 1000 Ded/200 RxDed/Vision	KP DC Essential Gold 500 Ded/Vision	KP DC Gold 0 Ded/100 RxDed/Vision
Tipo de plan	Admite HSA	Deductible	Deductible	Copago
Deductible anual de servicios médicos (individual/familiar)	\$1,800 (individual) \$3,600 (por individuo de la familia) \$3,600 (familia)**	\$1,000/\$2,000	\$500/\$1,000	Ninguno/Ninguno
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familia)	\$5,000/\$10,000	\$7,800/\$15,600	\$6,950/\$13,900	\$7,800/\$15,600
<b>Beneficios</b>				
<b>Atención virtual</b>				
Consultas electrónicas, por chat, por correo electrónico, por teléfono y por video	Sin costo después del deducible	Sin costo	Sin costo	Sin costo
<b>Atención preventiva</b>				
Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.	Sin costo	Sin costo	Sin costo	Sin costo
<b>Servicios para pacientes ambulatorios (por consulta o procedimiento)</b>				
Visita al consultorio de atención primaria	\$25 después del deducible (el copago no se aplica para los niños menores de 5 años)	\$20 (no se aplica para los niños menores de 5 años)	\$25	\$20 (no se aplica para los niños menores de 5 años)
Visita al consultorio de atención especializada	\$50 después del deducible	\$40	\$50	\$40
La mayoría de las radiografías	\$65 después del deducible	\$70	\$50	\$65
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$30 después del deducible	\$40	\$30	\$30
Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	25 % después del deducible	\$500	\$250	\$500
Cirugía ambulatoria	25 % después del deducible	35 % después del deducible	\$500	35 % de coseguro
Visita de salud mental	\$25 después del deducible (terapia individual)	\$20 (terapia individual)	\$25 (terapia individual)	\$20 (terapia individual)
<b>Atención para pacientes hospitalizados</b>				
Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	25 % después del deducible	35 % después del deducible	\$600 por día hasta 5 días después del deducible*	35 % de coseguro
<b>Maternidad</b>				
Consultas rutinarias de atención prenatal, primera consulta posparto	Sin costo	Sin costo	Sin costo	Sin costo
Parto y cuidados de bienestar infantil para pacientes hospitalizados	25 % después del deducible	35 % después del deducible	\$600 por día hasta 5 días después del deducible*	35 % de coseguro
<b>Atención de emergencia y de urgencia</b>				
Visita al Departamento de Emergencias	\$500 después del deducible (el copago no se aplica si se le hospitaliza)	\$500 (no se aplica si se le hospitaliza)	\$300 (no se aplica si se le hospitaliza)	\$500 (no se aplica si se le hospitaliza)
Visita de atención de urgencia	\$50 después del deducible	\$40	\$60	\$40
<b>Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)</b>				
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$15 después del deducible†	\$10†	\$15†	\$15†
La mayoría de los medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$50 después del deducible†	\$55†	\$50†	\$55†
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	25 % después del deducible	35 % después del deducible de farmacia de \$200 por miembro	\$70†	35 % después del deducible de farmacia de \$100 por miembro
Medicamentos especializados (Nivel 4)	25 % después del deducible, hasta un máximo de \$150 por receta para 30 días	35 % después del deducible de farmacia de \$200 por miembro, hasta un máximo de \$150 por receta para 30 días	\$150 por receta para 30 días	35 % después del deducible de farmacia de \$100 por miembro, hasta un máximo de \$150 por receta para 30 días
<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 variedad de recursos para el cuidado personal diseñada para mejorar su bienestar general. Visite <a href="http://kp.org/selfcare">kp.org/selfcare</a> (haga clic en "Español") para obtener más información.			

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

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

\*\*Para el plan KP DC Gold 1800 Ded/HSA/Vision, en un plan solo de suscriptor, el deducible individual es de \$1,800. Para un plan KP DC Gold 1800 Ded/HSA/Vision familiar, no hay un deducible individual de \$1,800. En su lugar, solo hay un deducible familiar de \$3,600, que pueden alcanzar uno o más familiares. Cuando la contribución combinada de todos los familiares cubiertos alcance el deducible aplicable de \$3,600, se cumplirá con el deducible de todos los familiares, quienes empezarán a pagar solo los montos de los copagos y coseguros correspondientes en lo que resta del año del plan.

Este resumen del plan destaca los beneficios, copagos, coseguros y deducibles sobre los cuales se pregunta con más frecuencia. Consulte el *Acuerdo de Membresía y Evidencia de Cobertura* (Membership Agreement and Evidence of Coverage) para obtener más información sobre su plan o para conocer las limitaciones y exclusiones específicas. Para solicitar una copia del *Acuerdo de Membresía y Evidencia de Cobertura*, visite [kp.org/plandocuments](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. El gasto máximo de bolsillo incluye el deducible anual. La mayoría de los copagos y coseguros contribuyen al monto de gastos máximos de bolsillo.

Hay opciones de asistencia financiera disponibles para determinados planes, así como para los nativos de Alaska y los nativos americanos, en [dchealthlink.com](http://dchealthlink.com) (haga clic en "Español").

Resumen de beneficios	KP DC Gold Plus 0 Ded/100 RxDed/Vision	KP DC Essential Platinum 0 Ded/Vision	KP DC Catastrophic <sup>c</sup> 10600 Ded/Vision
<b>Tipo de plan</b>	<b>Copago</b>	<b>Copago</b>	<b>Admite HSA</b>
Deductible anual de servicios médicos (individual/familiar)	Ninguno/Ninguno	Ninguno/Ninguno	\$10,600/\$21,200
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familia)	\$7,800/\$15,600	\$2,100/\$4,200	\$10,600/\$21,200
<b>Beneficios</b>			
<b>Atención virtual</b>			
Consultas electrónicas, por chat, por correo electrónico, por teléfono y por video	Sin costo <sup>***</sup>	Sin costo	Sin costo después del deducible
<b>Atención preventiva</b>			
Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.	Sin costo <sup>***</sup>	Sin costo	Sin costo
<b>Servicios para pacientes ambulatorios (por consulta o procedimiento)</b>			
Visita al consultorio de atención primaria	\$20 (no se aplica para los niños menores de 5 años) <sup>**</sup>	\$20	Las primeras 3 visitas al consultorio sin cargo. <sup>‡</sup> Visitas adicionales sin cargo después del deducible.
Visita al consultorio de atención especializada	\$40 <sup>†††</sup>	\$40	Sin costo después del deducible
La mayoría de las radiografías	\$65 <sup>†††</sup>	\$40	Sin costo después del deducible
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$30 <sup>†††</sup>	\$20	Sin costo después del deducible
Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	\$500	\$150	Sin costo después del deducible
Cirugía ambulatoria	35 % de coseguro	\$200	Sin costo después del deducible
Visita de salud mental	\$20 (terapia individual) <sup>†††</sup>	\$20 (terapia individual)	Las primeras 3 visitas al consultorio sin cargo. <sup>‡</sup> Visitas adicionales sin cargo después del deducible.
<b>Atención para pacientes hospitalizados</b>			
Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	35 % de coseguro	\$250 por día, hasta 5 días*	Sin costo después del deducible
<b>Maternidad</b>			
Consultas rutinarias de atención prenatal, primera consulta posparto	Sin costo	Sin costo	Sin costo
Parto y cuidados de bienestar infantil para pacientes hospitalizados	35 % de coseguro	\$250 por día, hasta 5 días*	Sin costo después del deducible
<b>Atención de emergencia y de urgencia</b>			
Visita al Departamento de Emergencias	\$500 (no se aplica si se le hospitaliza)	\$150 (no se aplica si se le hospitaliza)	Sin costo después del deducible
Visita de atención de urgencia	\$40 <sup>†††</sup>	\$40	Sin costo después del deducible
<b>Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)</b>			
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$15 <sup>†††</sup>	\$5 <sup>†</sup>	Sin costo después del deducible
La mayoría de los medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$55 <sup>†††</sup>	\$15 <sup>†</sup>	Sin costo después del deducible
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	35 % después del deducible de farmacia de \$100 por miembro <sup>†††</sup>	\$25 <sup>†</sup>	Sin costo después del deducible
Medicamentos especializados (Nivel 4)	35 % después del deducible de farmacia de \$100 por miembro, hasta un máximo de \$150 por receta para 30 días <sup>†††</sup>	\$100 por receta para 30 días	Sin costo después del deducible
<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 variedad de recursos para el cuidado personal diseñada para mejorar su bienestar general. Visite <a href="http://kp.org/selfcare">kp.org/selfcare</a> (haga clic en "Español") para obtener más información.		

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

<sup>†</sup>Pedido por correo: suministro de 90 días de medicamentos recetados autorizados por el costo de un suministro de 60 días.

<sup>‡</sup>Solo las personas solicitantes de 30 años o menos, o quienes sean mayores de 30 años y presenten un certificado del Mercado de Seguros Médicos en el Distrito de Columbia que demuestre dificultades o la carencia de cobertura asequible, pueden contratar un plan KP DC Catastrophic.

<sup>††</sup>El plan KP DC Catastrophic incluye 3 visitas al consultorio sin cargo antes de que alcance el deducible. Las visitas al consultorio comprenden consultas de atención primaria o de salud mental para pacientes ambulatorios.

<sup>†††</sup>Con KP Plus, tienes cobertura para un máximo de 10 visitas médicas ambulatorias fuera de la red por año, incluidas visitas al consultorio del médico, servicios de laboratorio y radiología, y atención de urgencia (dentro del área de servicio), así como hasta 5 resurtidos en farmacias fuera de la red. Los pagos fuera de la red no se acumulan para alcanzar los deducibles del plan o el gasto máximo de bolsillo.

Este resumen del plan destaca los beneficios, copagos, coseguros y deducibles sobre los cuales se pregunta con más frecuencia. Consulte el *Acuerdo de Membresía y Evidencia de Cobertura* (Membership Agreement and Evidence of Coverage) para obtener más información sobre su plan o para conocer las limitaciones y exclusiones específicas. Para solicitar una copia del *Acuerdo de Membresía y Evidencia de Cobertura*, visite [kp.org/plandocuments](http://kp.org/plandocuments) (en inglés). Llámemos al 1-800-777-7902 (TTY 711) o comuníquese con su corredor de seguros. Para aquellos servicios que estén sujetos al deducible, usted tendrá que pagar los gastos de atención médica de su propio bolsillo hasta alcanzar el deducible. El gasto máximo de bolsillo incluye el deducible anual. La mayoría de los copagos y coseguros contribuyen al monto de gastos máximos de bolsillo.

## Planes de reducción del costo compartido

Debe cumplir los requisitos e inscribirse en los planes de reducción del costo compartido (cost share reduction, CSR) en esta página a través de [dchealthlink.com](http://dchealthlink.com) (haga clic en "Español").

Resumen de beneficios	KP DC Silver Virtual Forward 2500 Ded/CSR	KP DC Silver Virtual Forward 750 Ded/CSR	KP DC Silver Virtual Forward 0 Ded/CSR	KP DC Essential Silver 4000 Ded/350 RxDED/CSR	KP DC Essential Silver 150 Ded/CSR
<b>Tipo de plan</b>	<b>Deductible</b>	<b>Deductible</b>	<b>Copago</b>	<b>Deductible</b>	<b>Deductible</b>
Deductible anual de servicios médicos (individual/familiar)	\$2,500/\$5,000	\$750/\$1,500	Ninguno/Ninguno	\$4,000/\$8,000	\$150/\$300
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familia)	\$7,500/\$15,000	\$2,500/\$5,000	\$1,100/\$2,200	\$7,500/\$15,000	\$3,350/\$6,700
<b>Beneficios</b>					
<b>Atención virtual</b>					
Consultas electrónicas, por chat, por correo electrónico, por teléfono y por video	Sin costo	Sin costo	Sin costo	Sin costo	Sin costo
<b>Atención preventiva</b>					
Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.	Sin costo	Sin costo	Sin costo	Sin costo	Sin costo
<b>Servicios para pacientes ambulatorios (por consulta o procedimiento)</b>					
Visita al consultorio de atención primaria	Atención virtual sin cargo; la primera visita en persona sin cargo; visitas en persona adicionales a \$45 después del deducible***	Atención virtual sin cargo; la primera visita en persona sin cargo; visitas en persona adicionales a \$35 después del deducible***	Atención virtual sin cargo; la primera visita en persona sin cargo; visitas en persona adicionales a \$15***	\$40	\$25
Visita al consultorio de atención especializada	\$65 después del deducible	\$55 después del deducible	\$40	\$75	\$40
La mayoría de las radiografías	20 % después del deducible	10 % después del deducible	5 %	\$80	\$70
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$65 después del deducible	\$55 después del deducible	\$40	\$60	\$35
Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	20 % después del deducible	10 % después del deducible	5 %	\$400	\$150
Cirugía ambulatoria	20 % después del deducible	10 % después del deducible	5 %	20 % después del deducible	20 % después del deducible
Visita de salud mental	Atención virtual sin cargo; la primera visita en persona sin cargo; visitas en persona adicionales a \$45 después del deducible***	Atención virtual sin cargo; la primera visita en persona sin cargo; visitas en persona adicionales a \$35 después del deducible***	Atención virtual sin cargo; la primera visita en persona sin cargo; visitas en persona adicionales a \$15***	\$40 (terapia individual)	\$25 (terapia individual)
<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 %	20 % después del deducible	20 % después del deducible
<b>Maternidad</b>					
Consultas rutinarias de atención prenatal, primera consulta posparto	Sin costo	Sin costo	Sin costo	Sin costo	Sin costo
Parto y cuidados de bienestar infantil para pacientes hospitalizados	20 % después del deducible	10 % después del deducible	5 %	20 % después del deducible	20 % después del deducible
<b>Atención de emergencia y de urgencia</b>					
Visita al Departamento de Emergencias	20 % después del deducible	10 % después del deducible	5 %	\$400 después del deducible (el copago no se aplica si se le hospitaliza)	\$250 después del deducible (el copago no se aplica si se le hospitaliza)
Visita de atención de urgencia	\$65 después del deducible	\$55 después del deducible	\$40	\$75	\$40
<b>Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)</b>					
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$10 <sup>†</sup>	\$5 <sup>†</sup>	\$3 <sup>†</sup>	\$20 <sup>†</sup>	\$15 <sup>†</sup>
La mayoría de los medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$50 después del deducible <sup>†</sup>	\$30 después del deducible <sup>†</sup>	\$20 <sup>†</sup>	\$50 después del deducible de farmacia de \$350 por miembro <sup>†</sup>	\$50 <sup>†</sup>
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	50 % después del deducible	30 % después del deducible	20 %	\$70 después del deducible de farmacia de \$350 por miembro <sup>†</sup>	\$70 <sup>†</sup>
Medicamentos especializados (Nivel 4)	50 % después del deducible, hasta un máximo de \$150 por receta para 30 días	30 % después del deducible, hasta un máximo de \$150 por receta para 30 días	20 % después del deducible, hasta un máximo de \$150 por receta para 30 días	\$150 después del deducible de farmacia de \$350 por miembro por receta para 30 días	\$150 por receta para 30 días
<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 variedad de recursos para el cuidado personal diseñada para mejorar su bienestar general. Visite <a href="http://kp.org/selfcare">kp.org/selfcare</a> (haga clic en "Español") para obtener más información.				

<sup>†</sup>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 miembro del personal de enfermería, a 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 *Acuerdo de Membresía y Evidencia de Cobertura* (Membership Agreement and Evidence of Coverage) para obtener más información sobre su plan o para conocer las limitaciones y exclusiones específicas. Para solicitar una copia del *Acuerdo de Membresía y Evidencia de Cobertura*, visite [kp.org/plandocuments](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. El gasto máximo de bolsillo incluye el deducible anual. La mayoría de los copagos y coseguros contribuyen al monto de gastos máximos de bolsillo.

## Planes de reducción del costo compartido

Debe cumplir los requisitos e inscribirse en los planes de reducción del costo compartido (cost share reduction, CSR) en esta página a través de [dchealthlink.com](http://dchealthlink.com) (haga clic en "Español").

Resumen de beneficios	KP DC Essential Silver 0 Ded/CSR	KP DC Silver 3100 Ded/1100 RxDed/CSR/ Vision	KP DC Silver 0 Ded/30 RxDed/CSR/Vision	KP DC Silver 0 Ded/CSR/Vision
Tipo de plan	Copago	Deductible	Copago	Copago
Deductible anual de servicios médicos (individual/familiar)	Ninguno/Ninguno	\$3,100/\$6,200	Ninguno/Ninguno	Ninguno/Ninguno
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familia)	\$2,500/\$5,000	\$7,600/\$15,200	\$3,350/\$6,700	\$2,400/\$4,800
<b>Beneficios</b>				
Atención virtual				
Consultas electrónicas, por chat, por correo electrónico, por teléfono y por video	Sin costo	Sin costo	Sin costo	Sin costo
Atención preventiva				
Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.	Sin costo	Sin costo	Sin costo	Sin costo
Servicios para pacientes ambulatorios (por consulta o procedimiento)				
Visita al consultorio de atención primaria	\$5	\$30 (no se aplica para los niños menores de 5 años)	\$10 (no se aplica para los niños menores de 5 años)	\$5 (no se aplica para los niños menores de 5 años)
Visita al consultorio de atención especializada	\$10	\$60	\$40	\$15
La mayoría de las radiografías	\$5	\$70	\$60	\$20
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$5	\$40	\$40	\$5
Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	\$50	30 % después del deductible	30 % de coseguro	10 % de coseguro
Cirugía ambulatoria	15 % de coseguro	30 % después del deductible	30 % de coseguro	10 % de coseguro
Visita de salud mental	\$5	\$30 (terapia individual)	\$10 (terapia individual)	\$5 (terapia individual)
Atención para pacientes hospitalizados				
Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	15 % de coseguro	30 % después del deductible	30 % de coseguro	10 % de coseguro
Maternidad				
Consultas rutinarias de atención prenatal, primera consulta posparto	Sin costo	Sin costo	Sin costo	Sin costo
Parto y cuidados de bienestar infantil para pacientes hospitalizados	15 % de coseguro	30 % después del deductible	30 % de coseguro	10 % de coseguro
Atención de emergencia y de urgencia				
Visita al Departamento de Emergencias	\$250 (no se aplica si se le hospitaliza)	30 % después del deductible	30 % de coseguro	10 % de coseguro
Visita de atención de urgencia	\$10	\$60	\$40	\$15
Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)				
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$5 <sup>†</sup>	\$20 <sup>†</sup>	\$10 <sup>†</sup>	\$5 <sup>†</sup>
La mayoría de los medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$10 <sup>†</sup>	\$60 después del deductible de farmacia de \$1,100 por miembro <sup>†</sup>	\$60 <sup>†</sup>	\$10 <sup>†</sup>
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	\$35 <sup>†</sup>	30% después del deductible de farmacia de \$1,100 por miembro	30 % después del deductible de farmacia de \$30 por miembro	10 % de coseguro
Medicamentos especializados (Nivel 4)	\$100 por receta para 30 días	30 % después del deductible de farmacia de \$1,100 por miembro, hasta un máximo de \$150 por receta para 30 días	30 % después del deductible de farmacia de \$30 por miembro, hasta un máximo de \$150 por receta para 30 días	10 % hasta un máximo de \$150 por receta para 30 días
Salud integral				
Servicios para mantenerse sano	Los exámenes de la vista están incluidos en su plan. Acuda a nuestros centros de servicios ópticos para obtener sus anteojos y lentes de contacto. Visite <a href="http://kp2020.org">kp2020.org</a> (en inglés) para obtener más información. Explore nuestra amplia variedad de recursos para el cuidado personal diseñada para mejorar su bienestar general. Visite <a href="http://kp.org/selfcare">kp.org/selfcare</a> (haga clic en "Español") para obtener más información.			

<sup>†</sup>Pedido por correo: suministro de 90 días de medicamentos recetados autorizados por el costo de un suministro de 60 días.

Este resumen del plan destaca los beneficios, copagos, coseguros y deducibles sobre los cuales se pregunta con más frecuencia. Consulte el *Acuerdo de Membresía y Evidencia de Cobertura* (Membership Agreement and Evidence of Coverage) para obtener más información sobre su plan o para conocer las limitaciones y exclusiones específicas. Para solicitar una copia del *Acuerdo de Membresía y Evidencia de Cobertura*, visite [kp.org/plandocuments](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 deductible, usted tendrá que pagar los gastos de atención médica de su propio bolsillo hasta alcanzar el deductible. El gasto máximo de bolsillo incluye el deductible anual. La mayoría de los copagos y coseguros contribuyen al monto de gastos máximos de bolsillo.

# Conozca su tarifa



Envíe su solicitud a través de [buykp.org](http://buykp.org) (haga clic en "Español") para calcular su tarifa automáticamente.

## ¿Cómo se determina la tarifa?

### La tarifa se basa en lo siguiente:

- el plan que elija;
- el lugar donde viva, es decir, el condado y código postal;
- su edad en la fecha de inicio del plan (fecha de vigencia);
- si califica 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.

## ¿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 21 a 25 años;
- sus 3 hijos mayores que sean menores de 21 años.

Si tiene más de 3 hijos que sean menores de 21 años de edad, 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, llámenos al **1-800-494-5314** (TTY 711) para obtener información sobre las tarifas en otras áreas.

### Códigos postales para Washington, D. C.

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

# Beneficios, exclusiones y limitaciones

## Exclusiones médicas

En esta disposición, se informa qué servicios no pagaremos, independientemente de si el servicio es o no necesario desde el punto de vista médico.

Cuando un servicio no está cubierto, quedan excluidos de la cobertura todos los servicios, medicamentos o suministros relacionados con el servicio no cubierto, excepto los servicios que, de otra forma, cubriríamos para tratar complicaciones graves del servicio no cubierto.

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

Los siguientes servicios están excluidos de la cobertura:

### 1. Ciertos servicios médicos

**alternativos**, excepto cuando se usan para la anestesia, los servicios de acupuntura y cualquier otro servicio de un acupunturista, naturópata y terapeuta de masajes.

### 2. Ciertos exámenes y servicios

como exámenes físicos y otros servicios que cumplen estas condiciones:

- a. Son necesarios para conseguir o conservar un empleo o para participar en programas para empleados.
- b. Son necesarios para obtener determinaciones sobre seguros, licencias o incapacidad.

c. Son solicitados por orden judicial o necesarios para obtener libertad condicional o un periodo de prueba.

**3. Servicios estéticos**, entre ellos, cirugías o servicios relacionados, y otros servicios con fines estéticos para mejorar la apariencia, pero no para restaurar una función del organismo o corregir una deformidad provocada por una enfermedad, un traumatismo o anomalías congénitas o del desarrollo. Algunos ejemplos de servicios estéticos son la dermatología estética, los servicios de cirugías estéticas y los servicios dentales estéticos.

**4. Atención de custodia**, que se refiere a la ayuda para las actividades de la vida diaria (por ejemplo, caminar, acostarse y levantarse de la cama, bañarse, vestirse, comer, ir al baño y tomar medicamentos) o la atención que pueden brindar de manera segura y eficaz personas que, para hacerlo, no necesitan títulos o certificados médicos ni la supervisión de un miembro titulado del personal de enfermería.

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

**6. Equipo médico duradero**, a excepción del equipo que cubriríamos específicamente.

**7. Responsabilidad del empleador o del gobierno**, es decir, la responsabilidad financiera de pagar los servicios que un empleador u organismo gubernamental deben proporcionar por ley.

**8. Un servicio experimental o de investigación**, que es aquel para el cual, en relación con su afección, es posible hacer alguna de las siguientes afirmaciones en el momento en el que reciba el servicio:

- a. No puede ponerse a la venta legalmente en los Estados Unidos sin la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y no se le ha otorgado esa aprobación.
- b. Actualmente está sujeto a la solicitud de un nuevo medicamento o dispositivo que se encuentra en los archivos de la FDA, pero que la FDA aún no ha aprobado.
- c. Está sujeto a la aprobación o la revisión de una Junta de Revisión Institucional (Institutional Review Board, IRB) del centro de atención, que aprueba o revisa las investigaciones en cuanto a la seguridad, la toxicidad o la eficacia de los servicios.
- d. Es el tema de un protocolo escrito usado por el centro de atención para investigaciones, ensayos clínicos u otras pruebas o estudios con el fin de evaluar su 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 protocolos escritos u otros documentos según los cuales se haya proporcionado o se vaya a proporcionar el servicio;
- d. los expedientes y registros de la IRB u otra organización similar que apruebe o revise la investigación en la institución donde se haya proporcionado o vaya a proporcionarse el servicio y cualquier otra información relacionada con la autoridad o las medidas de la IRB u otra organización similar;
- e. las publicaciones médicas o científicas con autoridad sobre el servicio, como se hayan aplicado a su enfermedad o lesión; y
- f. las normas, los registros, las solicitudes y cualquier otra medida o documento emitidos, archivados o utilizados por la FDA, la Oficina de Evaluación Tecnológica, otros organismos dentro del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o cualquier organismo del estado que desempeñe funciones similares.

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

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

**10. Servicios para tratar la infertilidad:**

- a. A excepción de la inseminación artificial o la fecundación in vitro, los servicios para cualquier otro medio artificial o quirúrgico de concepción, incluido cualquier medicamento que se administre en relación con dichos procedimientos.

b. Cualquier servicio o suministro proporcionado después de una transferencia de embriones a una persona no cubierta por cualquier plan de salud en relación con un embarazo por maternidad subrogada o gestacional (incluido, entre otros, una persona que da a luz a un bebé para una pareja infértil).

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

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

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

**14. Compensación del trabajador o responsabilidad del empleador**, es decir, cualquier enfermedad o lesión relacionada con el empleo o empleo autónomo, incluida cualquier enfermedad o lesión que surja debido a un trabajo a cambio de una remuneración o un beneficio, o durante su

transcurso, a menos que tenga a disposición otra fuente de cobertura o reembolso para los servicios o suministros. Las fuentes de cobertura o reembolso pueden incluir a su empleador, la compensación del trabajador o una enfermedad ocupacional o programa similar en virtud de la ley local, estatal o federal. Una fuente de cobertura o reembolso se considerará disponible para usted incluso si renunció a su derecho al pago de esa fuente. Si también tiene cobertura en virtud de una ley de compensación del trabajador o una ley similar y envía pruebas de que no tiene cobertura para una enfermedad o lesión particular en virtud de dicha ley, esa enfermedad o lesión se considerará "no ocupacional", independientemente de la causa.

## Limitaciones médicas

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

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

Un disturbio es un altercado público que involucra a un grupo de cinco (5) personas o más que, por medio de una conducta violenta

y tumultuosa o de amenazas, generan un peligro serio de dañar propiedades o lastimar a personas. Una exclusión o limitación por un disturbio se deberá aplicar solo cuando una persona voluntariamente participe en un disturbio o incite o invite a otras personas a participar en un disturbio de forma deliberada.

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

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

## **Exclusiones de farmacia**

No cubrimos lo siguiente:

1. Los medicamentos para los cuales la ley no exige una receta, excepto los medicamentos de venta libre

que recete un proveedor del plan y que estén incluidos en nuestra lista de medicamentos cubiertos.

2. Los medicamentos para los que hay una alternativa de venta libre que sea el equivalente químico (es decir, el mismo ingrediente activo y la misma dosis) del medicamento recetado, a menos que lo prohíban las leyes estatales o federales que rigen los beneficios de salud esenciales.
3. Las preparaciones de compuestos que no contienen al menos un ingrediente que requiera receta y que no se mencionan en nuestra lista de medicamentos cubiertos.
4. Los medicamentos obtenidos en una farmacia fuera del plan, excepto cuando el medicamento se receta durante una visita de atención de emergencia o de urgencia en la que se prestan servicios cubiertos o asociados con una referencia autorizada cubierta fuera del área de servicio.
5. Medicamentos para llevar a casa recibidos en un hospital, un centro de enfermería especializada u otro centro similar.
6. Los medicamentos que no se mencionan en nuestra lista de medicamentos cubiertos.
7. Los medicamentos que se consideran experimentales o de investigación.
8. Los medicamentos que por ley el miembro no tiene la obligación de pagar o que no se cobran.
9. Sangre o productos derivados de la sangre.
10. Los medicamentos o preparaciones dermatológicas, ungüentos, lociones y cremas recetados con fines cosméticos,

- incluidos, entre otros, los medicamentos que se usan para retardar o revertir los efectos del envejecimiento de la piel o para el tratamiento de hongos en las uñas o la caída del cabello.
11. Alimentos médicos.
  12. Los medicamentos para paliar y controlar una enfermedad terminal, si son proporcionados por una agencia de cuidados paliativos autorizada a un miembro que participe en nuestro programa de cuidados paliativos.
  13. El reemplazo de medicamentos recetados necesario por robo o pérdida.
  14. Los medicamentos recetados y accesorios que son necesarios para los servicios que no cubrimos.
  15. Los embalajes especiales (por ejemplo, envases tipo blíster, dosis unitarias o de unidad de uso) que son diferentes de nuestro embalaje estándar para medicamentos recetados.
  16. Las formulaciones o métodos de entrega que cumplen estas condiciones:
    - a. Son diferentes a nuestra formulación o método de entrega estándar de medicamentos recetados.
    - b. Se consideran no necesarios desde el punto de vista médico.
  17. El equipo médico duradero, los aparatos protésicos u ortopédicos y sus suministros, incluidos medidores de flujo máximo, nebulizadores y espaciadores; y suministros para ostomía y urología.
  18. 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 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.
  19. Los vendajes o apósitos.
  20. Equipo y suministros para personas con diabetes.
  21. La terapia de la hormona de crecimiento para el tratamiento en adultos mayores de 18 años, excepto cuando la indica un médico del plan, de conformidad con las pautas clínicas para adultos.
  22. Inmunizaciones y vacunas que sean necesarias únicamente para viajes.
  23. Cualquier producto de medicamentos recetados que es terapéuticamente equivalente a un medicamento de venta libre, sujeto a la revisión y determinación del Comité de Farmacia y Terapéutica.
  24. Medicamentos para el control de peso.
  25. Los medicamentos para el tratamiento de trastornos relacionados con la disfunción sexual, como la disfunción eréctil.

El Comité de Farmacia y Terapéutica del plan de salud establece limitaciones de surtido de acuerdo con las pautas terapéuticas

basadas en la bibliografía médica y las investigaciones. El Comité también se reúne periódicamente para considerar agregar y eliminar medicamentos recetados de la lista de medicamentos cubiertos. Si quiere saber si un fármaco en particular está incluido en nuestra lista de medicamentos cubiertos, ingrese a:

<https://healthy.kaiserpermanente.org/content/dam/kporg/final/documents/formularies/mas/marketplace-formulary-mas-en.pdf>

(en inglés)

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

### Limitaciones de farmacia

En el caso de 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 compren en una farmacia del plan, a menos que se cumplan los criterios de cobertura de medicamentos no preferidos en la lista de medicamentos cubiertos.

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

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

- a. la dosis recetada;
- b. el tamaño estándar del paquete del fabricante; y
- c. los límites de surtido especificados.

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

- a. la dosis recetada;
- b. el tamaño estándar del paquete del fabricante; y
- c. los límites de surtido especificados.

### Exclusiones dentales

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

1. Cualquier procedimiento no incluido en este plan.
2. Servicios que, según la opinión del dentista a cargo, no sean necesarios para la salud dental del miembro.
3. Los procedimientos o servicios dentales llevados a cabo únicamente con fines estéticos o que no son necesarios desde el punto de vista odontológico o médico, a menos que el miembro haya adquirido el plan estético

adicional Ortho Plus Plan y los servicios se incluyan en las pautas de beneficios de dicho plan.

4. Cualquier servicio o aparato dental que se ha determinado que no es razonable o necesario para mantener o mejorar su salud dental o la de su dependiente, según lo determine el plan conforme a los estándares de atención dental generalmente aceptados.
5. Procedimientos opcionales, incluida la extracción profiláctica de los terceros molares.
6. El reemplazo de dentaduras postizas, coronas, aparatos o puentes que se perdieron, fueron robados o se dañaron.
7. 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. El tratamiento requerido debido a un accidente causado por una fuerza externa o autoinfligido, a menos que se mencione de alguna otra manera como servicio cubierto.
9. Los servicios para restaurar la estructura dental debido a desgaste, erosión o abrasión.
10. Los procedimientos experimentales o servicios de investigación, entre ellos, cualquier tratamiento, terapia, procedimiento, medicamento o uso de medicamentos, instalaciones o uso de instalaciones, equipo o uso de equipos, dispositivo o uso de dispositivos, o suministro que no están reconocidos como conformes a los estándares

profesionales generalmente aceptados, o cuya seguridad y eficacia no se han determinado para su uso en el tratamiento para el que se recomienda o receta el artículo o servicio en cuestión.

11. Los procedimientos, los aparatos o la restauración para corregir malformaciones congénitas o del desarrollo no son beneficios cubiertos.
12. Los gastos dentales en los que se incurre con respecto a cualquier procedimiento dental iniciado después de la cancelación de la cobertura o antes de la fecha en que el miembro empezara a ser elegible para dichos servicios.
13. Servicios dentales que se reciban en un entorno de atención de emergencia para condiciones que no sean emergencias si el suscriptor, de manera razonable, debería haber sabido que no se trataba de una situación de atención de emergencia.
14. Los brackets compuestos o de cerámica, adaptación lingual de bandas ortodónticas y otras alternativas especializadas o estéticas en lugar de aparatos de ortodoncia estándar, fijos y extraíbles. Los servicios de Invisalign, que se excluyen de los beneficios de ortodoncia.
15. Citas interrumpidas, a menos que estén cubiertas específicamente.

# Centros médicos de Kaiser Permanente



Nuestra meta es que le sea lo más fácil y conveniente posible recibir la atención que necesita cuando la necesite. Consulte el mapa a continuación o visite [kp.org/facilities](http://kp.org/facilities) (haga clic en "Español") para encontrar el centro más cercano.<sup>10</sup>

## Maryland

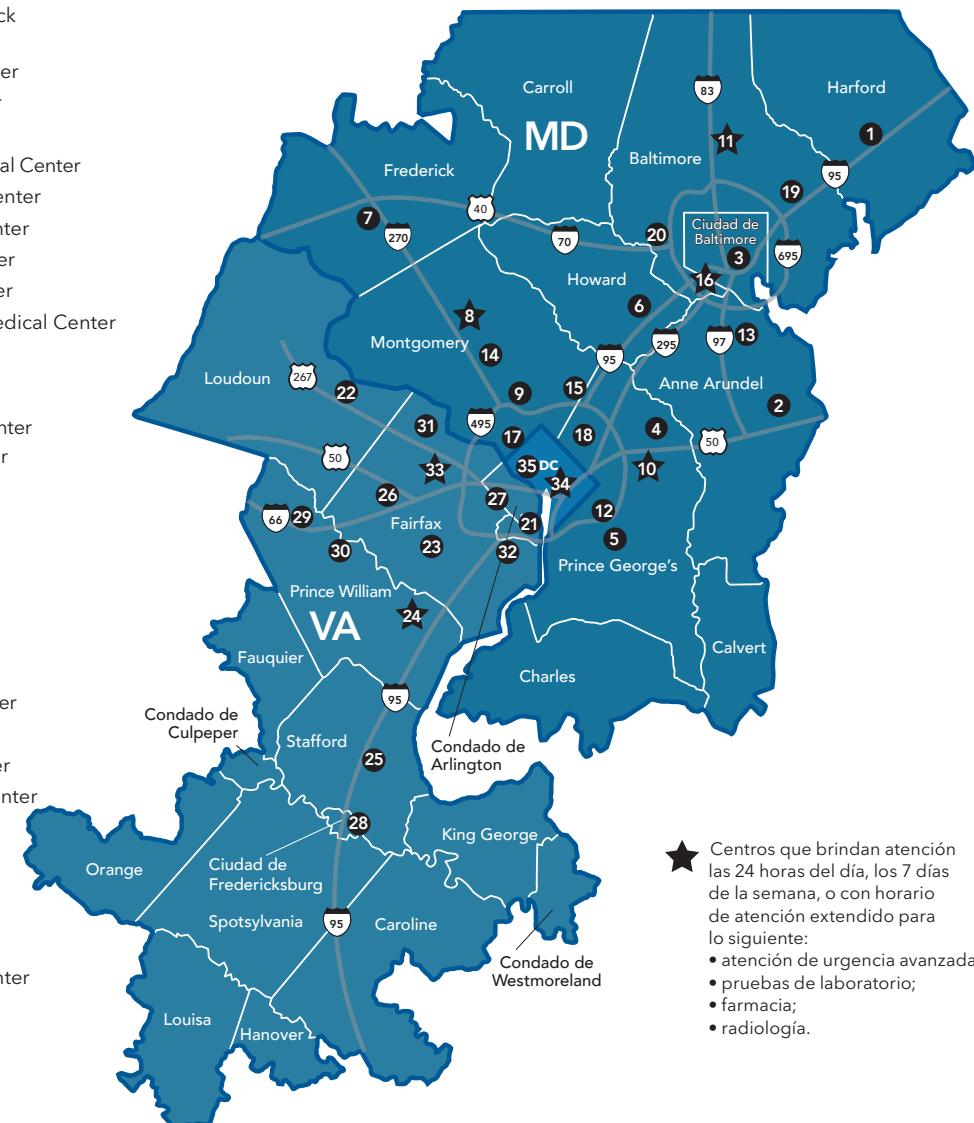
- 1 Abingdon Medical Center
- 2 Annapolis Medical Center
- 3 Kaiser Permanente Baltimore Harbor Medical Center
- 4 Bowie Fairwood Medical Center
- 5 Camp Springs Medical Center
- 6 Columbia Gateway Medical Center
- 7 Kaiser Permanente Frederick Medical Center
- 8 Gaithersburg Medical Center
- 9 Kensington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

## Virginia

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

## Washington, DC

- 34 Kaiser Permanente Capitol Hill Medical Center
- 35 Northwest DC Medical Office Building



Para ver la lista más reciente de centros y servicios disponibles, visite [kp.org/facilities](http://kp.org/facilities) (haga clic en "Español").

El área de servicio de Kaiser Permanente en el condado de Fauquier incluye los siguientes códigos postales: 20115, 20116, 20117, 20119, 20128, 20137, 20138, 20139, 20140, 20144, 20181, 20184, 20185, 20186, 20187, 20188, 20198, 22406, 22556, 22639, 22642, 22643, 22720, 22728 y 22739.

# Una atención completa le permite llevar una vida más saludable y gratificante.

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



¿Quiere recibir una atención médica pensada en usted?  
Visite **buykp.org** (haga clic en "Español") para comenzar.

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

Los miembros actuales que tengan preguntas pueden llamar  
a Servicio a los Miembros, de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 9 p. m.  
(excepto días festivos).

- **1-800-777-7902** (TTY 711)



**1.** Datos internos de Kaiser Permanente de 2024; Hanming Fang, PhD, y otros, "Trends in Disenrollment and Reenrollment Within US Commercial Health Insurance Plans, 2006-2018", *JAMA Network Open*, 24 de febrero de 2022. **2.** Cuando corresponda y esté disponible. **3.** Los servicios de entrega de medicamentos el mismo día o al siguiente pueden estar disponibles por un costo adicional. Estos servicios no están cubiertos por los beneficios de su plan de salud y es posible que estén limitados a farmacias, zonas y medicamentos recetados específicos. Los tiempos límite de los pedidos y los días de entrega pueden variar según la ubicación de la farmacia. Kaiser Permanente no es responsable de las demoras en la entrega por parte del servicio encargado del envío. Kaiser Permanente puede interrumpir los servicios de entrega de medicamentos recetados el mismo día y al siguiente en cualquier momento y sin previo aviso. También pueden aplicarse otras restricciones. Los beneficiarios de Medi-Cal y Medicaid deberán solicitar más información sobre la entrega de medicamentos recetados en la farmacia. **4.** 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. **5.** Es posible que tenga que pagar por algunas clases. **6.** Los servicios mencionados anteriormente no son beneficios cubiertos por su plan de salud ni están sujetos a los términos establecidos en la *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* u otros documentos del plan. Estos servicios pueden interrumpirse en cualquier momento y sin previo aviso. **7.** Calificaciones en el Conjunto de Datos e Información sobre la Eficacia de la Atención Médica (Healthcare Effectiveness Data and Information Set, HEDIS®) 2024 de Kaiser Permanente. Los datos de referencia fueron proporcionados por Quality Compass® del Comité Nacional de Garantía de Calidad (National Committee for Quality Assurance, NCQA) y representan todas las líneas comerciales. El Departamento de Calidad de la Atención y el Servicio de Kaiser Permanente proporcionó las calificaciones regionales combinadas de Kaiser Permanente. Los datos que aparecen en esta publicación fueron proporcionados por Quality Compass 2024 y se usan con permiso del NCQA. Quality Compass 2024 incluye ciertos datos de la Evaluación del Consumidor de Proveedores y Sistemas de Atención Médica (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems, CAHPS). Cualquier presentación, análisis, interpretación o conclusión que se base en estos datos pertenece de manera exclusiva a los autores; el NCQA se exime específicamente de toda responsabilidad por tal presentación, análisis, interpretación o conclusión. 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). **8.** American Heart Association (Asociación Americana del Corazón)/American Stroke Association (Asociación Americana de Ataques Cerebrales), 11 de julio de 2024. **9.** 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). **10.** 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, exclude people or treat them differently on the basis of race, color, national origin (including limited English proficiency and primary language), age, disability, or sex (including sex characteristics, intersex traits; pregnancy or related conditions; sexual orientation; gender identity, and sex stereotypes).

Kaiser Health Plan:

- Provides 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, braille and accessible electronic formats
- Provides 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, 4000 Garden City Drive, Hyattsville, MD 20785, 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>.

This notice is available at <https://healthy.kaiserpermanente.org/maryland-virginia-washington-dc/language-assistance/nondiscrimination-notice>

---

## HELP IN YOUR LANGUAGE

**ATTENTION:** If you speak English, language assistance services including appropriate auxiliary aids and services, free of charge, are available to you. Call **1-800-777-7902 (TTY: 711)**.

**አማርኛ (Amharic)** ትክለት: አማርኛ የሚገኘው ካሱ ተገብር የሚገኘውን ሲሆን እና አገልግሎቶችን መያዣም የቃንቃ እርዳታ አገልግሎቶች በኋላ ይገኙለ:: በ **1-800-777-7902** ይደውሉ (TTY: 711)::

**العربية (Arabic)** تنبية: إذا كنت تتحدث العربية، توفر لك خدمات المساعدة اللغوية بما في ذلك من وسائل المساعدة والخدمات المناسبة بالمجان. اتصل بالرقم **1-800-777-7902 (TTY: 711)**.

**Bǎsój Wùdù (Bassa) Mbi sog:** nia maa Bàsàa, njàl mbom a ka maa njàng ndol ni mbom mi tson ni sonj, niŋ ma kénŋen yé, mbi èyem. Wō nàŋ **1-800-777-7902 (TTY: 711)**

**বাংলা (Bengali) মনোযোগ দিন:** আপনি যদি বাংলায় কথা বলেন, আপনি বিনামূল্যে, উপযুক্ত সহায়ক পরিষেবা ও সাহায্য সমেত ভাষা সহায়তা পরিষেবা পেতে পারেন। **1-800-777-7902 (TTY: 711)-এ** ফোন করুন।

**中文 (Chinese) 注意事項：**如果您說中文，您可獲得免費語言協助服務，包括適當的輔助器材和服務。致電 **1-800-777-7902** (TTY: 711)。

**فارسی (Farsi) توجه：**اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، «تسهیلات زبانی»، از جمله کمک‌ها و خدمات پشتیبانی مناسب، به صورت رایگان در دسترستان است با **1-800-777-7902** (تلفن متنی): 711 (TTY: 711) تماس بگیرید.

**Français (French) ATTENTION :** si vous parlez français, des services d'assistance linguistique comprenant des aides et services auxiliaires appropriés, gratuits, sont à votre disposition. Appelez le **1-800-777-7902** (TTY: 711).

**Deutsch (German) ACHTUNG:** Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen die Sprachassistenz mit entsprechenden Hilfsmitteln und Dienstleistungen kostenfrei zur Verfügung. Rufen Sie **1-800-777-7902** an (TTY: 711).

**ગજરાતી (Gujarati) ધ્યાન આપો:** જો તમે ગુજરાતી બોલો છો, તો યોગ્ય સહાયક સહાય અને સેવાઓ સહિતની ભાષા સહાય સેવાઓ, તમારા માટે મફત ઉપલબ્ધ છે. **1-800-777-7902** (TTY: 711) પર કોલ કરો.

**Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole) ATANSYON:** Si w pale kreyòl, w ap jwenn sèvis asistans lang tankou èd ak sèvis konplemantè adapte gratis. Rele **1-800-777-7902** (TTY: 711).

**हिन्दी (Hindi) ध्यान दें:** अगर आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए उपयुक्त सहायक उपकरण और सेवाओं सहित भाषा सहायता सेवाएं मुफ्त उपलब्ध हैं। **1-800-777-7902** पर कोल करें (TTY: 711).

**Igbo (Igbo) TINYE UCHE:** O bụrụ na i na-asụ Igbo, Ọrụ enyemaka nke asusụ gụnyere udi enyemaka na ọrụ kwesịri ekwesi, n'efu, dị nye gi. Kpoo **1-800-777-7902** (TTY: 711).

**Italiano (Italian) ATTENZIONE.** Se parla italiano, può usufruire gratuitamente dei servizi di assistenza linguistica compresi gli opportuni aiuti e servizi ausiliari. Chiamare il numero **1-800-777-7902** (TTY: 711).

**日本語 (Japanese) 注意：**日本語を話す場合、適切な補助機器やサービスを含む言語支援サービスが無料で提供されます。 **1-800-777-7902** までお電話ください (TTY: 711)。

**한국어 (Korean) 주의:** 한국어를 구사하실 경우, 필요한 보조 기기 및 서비스가 포함된 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다. **1-800-777-7902** 로 전화해 주세요 (TTY: 711).

**Naabehó (Navajo) DÍÍ BAA AKÓ NÍNÍZIN:** Díí saad bee yánílti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánida'áwo'déé', biniit'aa da beeso ndinish'aah t'aala'l bi'aa 'anashwo' doo biniit'aa, t'aadoo baahilinigoo bits'aadoo yeel, t'áá jiik'eh, éí ná hóló, koji' hódíílnih **1-800-777-7902** (TTY: 711).

**Português (Portuguese) ATENÇÃO:** Se fala português, temos à sua disposição serviços gratuitos de assistência linguística, incluindo serviços e materiais de apoio adequados. Ligue para **1-800-777-7902** (TTY: 711).

**Русский (Russian) ВНИМАНИЕ!** Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки, включая соответствующие вспомогательные средства и услуги. Позвоните по номеру **1-800-777-7902** (TTY: 711).

**Español (Spanish) ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística que incluyen ayudas y servicios auxiliares adecuados y gratuitos. Llame al **1-800-777-7902** (TTY: 711).

**Tagalog (Tagalog) PAALALA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, available sa iyo ang serbisyo ng tulong sa wika kabilang ang mga naaangkop na karagdagang tulong at serbisyo, nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-777-7902** (TTY: 711).

**ไทย (Thai) โปรดทราบ:** หากท่านพูดภาษาไทย ท่านสามารถขอรับบริการช่วยเหลือด้านภาษา รวมทั้งเครื่องช่วยเหลือและบริการเสริมที่เหมาะสมได้ฟรี โทร **1-800-777-7902** (TTY: 711).

**اردو (Urdu) توجہ:** اگر آپ اردو بولتے ہیں تو آپ مفت زبان کی معاونت کی خدمات حاصل کر سکتے ہیں، جیسے مناسب معاون امداد اور خدمات۔ کال کریں **1-800-777-7902** (TTY: 711)۔

**Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý:** Nếu bạn nói tiếng Việt, bạn có thể sử dụng các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí, bao gồm các dịch vụ và phương tiện hỗ trợ phù hợp. Xin gọi **1-800-777-7902** (TTY: 711).

**Yorùbá (Yoruba) ÀKÍYÈSÍ:** Tí o bá ñ sọ èdè Yorùbá, àwọn isé ìrànlówó èdè tó fi kún àwọn ohun èlò ìrànlówó tó yé àti àwọn isé láìsí idíyelé wà fún ọ. Pe **1-800-777-7902** (TTY: 711).

## Notas

## Notas

## Guía de inscripción 2026 del Distrito de Columbia

En Maryland, Virginia, y en el Distrito de Columbia todos los planes son ofrecidos y están suscritos por Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc., 4000 Garden City Drive, Hyattsville, MD 20785.

