

Kaiser Permanente for Individuals and Families

Guía de inscripción para Maryland para 2026

# 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 **15 de enero de 2026**.
- Usted puede cambiar o solicitar la cobertura por medio de Kaiser Permanente, o nosotros podemos ayudarle a realizar la solicitud por medio de Maryland Health Connection.
- Para la cobertura que empieza el **1 de enero de 2026**, debemos recibir su solicitud de cobertura médica a más tardar el **31 de diciembre de 2025**.

## Cómo inscribirse durante un periodo de inscripción especial

- ¿Está por casarse, mudarse 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/specialenrollment](https://kp.org/specialenrollment) (haga clic en "Español") 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](https://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 primaria cerca de su hogar.



## Atención virtual 24/7

Visite [kp.org/espanol](https://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**  
más probabilidades de responder al tratamiento.<sup>7</sup>

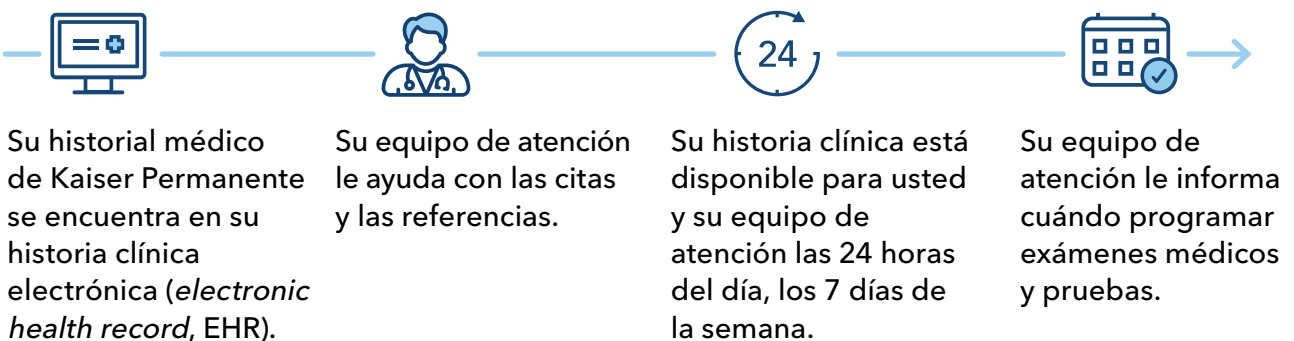


# Atención de primera clase

Con la mayoría de los planes, usted recibe servicios preventivos sin costo adicional. Si necesita atención especializada, ya sea para maternidad, cuidado de cáncer, salud cardíaca u otra condición, tiene acceso a tecnología innovadora y a atención avanzada basada en 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>
- **Cuidado de cáncer de calidad:** Kaiser Permanente Mid-Atlantic States recibió una acreditación con mención de la Commission on Cancer (Comisión del Cáncer). Esta distinción reconoce que nuestro cuidado de cáncer supera los requisitos definidos por el American College of Surgeons (Colegio Americano de Cirujanos).

## Le acompañamos en cada paso del camino



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

—Dra. Khushboo Mehta



# Cómo elegir su plan de salud

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

## Planes 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](https://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](https://healthy.kaiserpermanente.org/pages/hsa-overview) (en inglés).

# 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](https://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 oftalmólogo 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	Medicamento genérico
KP MD Gold 0 Ded/150 RxDed/Vision (sin deducible)	\$20	\$65	\$10*
KP MD Silver Virtual Forward 5000 (deducible de \$5,000)	Atención virtual sin cargo; primera consulta en persona, sin cargo; consultas en persona adicionales, \$45 después del deducible**	30 % después del deducible	\$20*
KP MD Bronze 7500 Ded/HSA/Vision (deducible de \$7,500)	Sin costo después del deducible	Sin costo después del deducible	Sin costo después del deducible

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

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

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



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

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

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

Estas estimaciones de costos provienen de [kp.org/treatmentestimates](https://www.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	<div> <div>KP</div> <div>E</div> </div> <div>                     KP MD Silver 3000 Ded/700 RxDed/Vision KP MD Silver 3000 Ded/700 RxDed/Off                 </div>
Tipo de plan	Deductible
Deducible anual de servicios médicos (individual/familiar)	\$3,000/\$6,000
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familia)	\$10,150/\$20,300
<b>Beneficios</b>	
<b>Atención virtual</b>	
Consultas electrónicas, por chat, por correo electrónico, por teléfono y por video	Sin costo
<b>Atención preventiva</b>	
Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.	Sin costo
<b>Servicios ambulatorios</b>	
Visita al consultorio de atención primaria	\$35
Visita al consultorio de atención especializada	\$60
La mayoría de las radiografías	\$85
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$60
Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	50 % después del deducible
Cirugía ambulatoria	40 % después del deducible
Consulta de salud mental	\$35 (terapia individual)
<b>Atención para pacientes hospitalizados</b>	
Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, cuidado de salud mental	40 % después del deducible
<b>Maternidad</b>	
Consultas rutinarias de atención prenatal, primera consulta posparto	Sin costo
Parto y cuidados de bienestar infantil para pacientes hospitalizados	40 % después del deducible
<b>Atención de emergencia y de urgencia</b>	
Visita al Departamento de Emergencias	40 % después del deducible
Visita de atención de urgencia	\$60
<b>Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)</b>	
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$20*
La mayoría de los medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$80*,†
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	40 % después del deducible de farmacia de \$700 por miembro†
Medicamentos especializados (Nivel 4)	40 % después del deducible de farmacia de \$700 por miembro, hasta un máximo de \$150 por receta para 30 días
<b>Salud integral</b>	
Servicios para una vida sana	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 ayudarlo a que viva bien en mente, cuerpo y espíritu. Visite <a href="http://kp.org/selfcare">kp.org/selfcare</a> (haga clic en "Español") para obtener más información.

**KP** Ofrecido por Kaiser Permanente

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

### Deducible anual

Debe pagar este monto antes de que su plan comience a ayudarlo a pagar la mayoría de los servicios cubiertos. Con este plan de ejemplo, usted pagaría los costos completos de los servicios cubiertos hasta llegar a \$3,000 para usted o \$6,000 para su familia. A partir de ese momento, 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 \$10,150 por usted ni más de \$20,300 por su familia para copagos, coseguros y deducibles en un año calendario.

### Atención preventiva sin costo adicional

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

### Con cobertura antes de alcanzar el deducible

Para algunos servicios, usted solamente pagará un copago o un coseguro, sin importar si ya alcanzó su deducible. Con este plan, las visitas de atención primaria están cubiertas por un copago de \$35, incluso antes de alcanzar su deducible. Con nuestros planes Silver con deducible, la atención primaria, la atención especializada y las visitas de atención de urgencia están cubiertas antes de que usted alcance 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 40 % del costo diario de su atención para pacientes hospitalizados después de que alcance su deducible. Su plan pagaría el resto hasta el fin del año calendario.

### Copago

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

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

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



- KP** Ofrecido por Kaiser Permanente
- E** Ofrecido a través del intercambio de beneficios de salud, Maryland Health Connection

Hay opciones de asistencia financiera disponibles para determinados planes, así como para los nativos de Alaska y los nativos americanos, en [marylandhealthconnection.gov](http://marylandhealthconnection.gov).

Resumen de beneficios	<b>KP</b> <b>E</b> KP MD Bronze Value 10150 Ded/Vision	<b>KP</b> <b>E</b> KP MD Bronze 7500 Ded/HSA/Vision	<b>KP</b> <b>E</b> KP MD Bronze 6700 Ded/Vision	<b>KP</b> <b>E</b> KP MD Silver 6000 Ded/Vision KP MD Silver 6000 Ded/Vision/Off
Tipo de plan	Admite HSA	Admite HSA	Admite HSA	Deductible
Deductible anual de servicios médicos (individual/familiar)	\$10,150/\$20,300	\$7,500/\$15,000	\$6,700/\$13,400	\$6,000/\$12,000
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$10,150/\$20,300	\$7,500/\$15,000	\$10,150/\$20,300	\$9,000/\$18,000
<b>Beneficios</b>				
<b>Atención virtual</b>				
Consultas electrónicas, por chat, por correo electrónico, por teléfono y por video	Sin costo	Sin costo después del deductible	Sin costo	Sin costo
<b>Atención preventiva</b>				
Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.	Sin costo	Sin costo	Sin costo	Sin costo
<b>Servicios ambulatorios</b>				
Visita al consultorio de atención primaria	\$35	Sin costo después del deductible	\$40	\$40
Visita al consultorio de atención especializada	\$110	Sin costo después del deductible	\$50 después del deductible	\$60
La mayoría de las radiografías	\$150	Sin costo después del deductible	40 % después del deductible	\$70
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$55	Sin costo después del deductible	40 % después del deductible	\$50
Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	Sin costo después del deductible	Sin costo después del deductible	40 % después del deductible	35 % después del deductible
Cirugía ambulatoria	Sin costo después del deductible	Sin costo después del deductible	40 % después del deductible	35 % después del deductible
Consulta de salud mental	\$35 (terapia individual)	Sin costo después del deductible	\$40 (terapia individual)	\$40 (terapia individual)
<b>Atención para pacientes hospitalizados</b>				
Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, cuidado de salud mental	Sin costo después del deductible	Sin costo después del deductible	40 % después del deductible	35 % 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	Sin costo después del deductible	Sin costo después del deductible	40 % después del deductible	35 % después del deductible
<b>Atención de emergencia y de urgencia</b>				
Visita al Departamento de Emergencias	Sin costo después del deductible	Sin costo después del deductible	40 % después del deductible	35 % después del deductible
Visita de atención de urgencia	\$75	Sin costo después del deductible	\$50 después del deductible	\$60
<b>Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)</b>				
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$25*	Sin costo después del deductible	\$20*	\$30*
La mayoría de los medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	Sin costo después del deductible	Sin costo después del deductible	40 % después del deductible <sup>†</sup>	\$60*, <sup>†</sup>
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	Sin costo después del deductible	Sin costo después del deductible	50 % después del deductible <sup>†</sup>	50 % después del deductible <sup>†</sup>
Medicamentos especializados (Nivel 4)	Sin costo después del deductible	Sin costo después del deductible	50 % después del deductible, 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 una vida sana	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/selfcare">kp.org/selfcare</a> (haga clic en "Español") para obtener más información.			

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

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

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

Este resumen del plan destaca los beneficios, copagos, coseguros y deductibles 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. 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.

**KP** Ofrecido por Kaiser Permanente

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

Hay opciones de asistencia financiera disponibles para determinados planes, así como para los nativos de Alaska y los nativos americanos, en [marylandhealthconnection.gov](http://marylandhealthconnection.gov).

Resumen de beneficios	<div>KP</div> KP MD Silver 4800 Ded/HSA/Vision	<div>KP</div> KP MD Silver Virtual Forward 5000 Ded	<div>KP</div> <div>E</div> KP MD Silver Value 4500 Ded/750 RxDed/Vision  KP MD Silver Value 4500 Ded/750 RxDed/Vision/Off	<div>KP</div> <div>E</div> KP MD Silver Virtual Forward 3600 Ded  KP MD Silver Virtual Forward 3600 Ded/Off
Tipo de plan	Admite HSA	Deducible	Deducible	Deducible
Deducible anual de servicios médicos (individual/familiar)	\$4,800/\$9,600	\$5,000/\$10,000	\$4,500/\$9,000	\$3,600/\$7,200
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$7,500/\$15,000	\$7,800/\$15,600	\$8,500/\$17,000	\$8,500/\$17,000
Beneficios				
Atención virtual				
Consultas electrónicas, por chat, por correo electrónico, por teléfono y por video	Sin costo después del deducible	Sin costo	Sin costo	Sin costo
Atención preventiva				
Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.	Sin costo	Sin costo	Sin costo	Sin costo
Servicios ambulatorios				
Visita al consultorio de atención primaria	\$45 después del deducible	Atención virtual sin cargo; primera consulta en persona, sin cargo; consultas en persona adicionales, \$45 después del deducible <sup>††</sup>	\$35	Atención virtual sin cargo; primera consulta en persona, sin cargo; consultas en persona adicionales, \$45 después del deducible <sup>††</sup>
Visita al consultorio de atención especializada	\$65 después del deducible	\$65 después del deducible	\$110	\$65 después del deducible
La mayoría de las radiografías	\$70 después del deducible	30 % después del deducible	\$150	30 % después del deducible
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$65 después del deducible	\$75 después del deducible	\$45	\$75 después del deducible
Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	35 % después del deducible	30 % después del deducible	\$600 después del deducible	30 % después del deducible
Cirugía ambulatoria	35 % después del deducible	30 % después del deducible	\$300 después del deducible	30 % después del deducible
Consulta de salud mental	\$45 después del deducible (terapia individual)	Atención virtual sin cargo; primera consulta en persona, sin cargo; consultas en persona adicionales, \$45 después del deducible <sup>††</sup>	\$35 (terapia individual)	Atención virtual sin cargo; primera consulta en persona, sin cargo; consultas en persona adicionales, \$45 después del deducible <sup>††</sup>
Atención para pacientes hospitalizados				
Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, cuidado de salud mental	35 % después del deducible	30 % después del deducible	\$550 por hospitalización después del deducible	30 % después del deducible
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	35 % después del deducible	30 % después del deducible	\$550 por hospitalización después del deducible	30 % después del deducible
Atención de emergencia y de urgencia				
Visita al Departamento de Emergencias	\$500 después del deducible (no se aplica en caso de hospitalización)	30 % después del deducible	\$500 después del deducible (no se aplica en caso de hospitalización)	30 % después del deducible
Visita de atención de urgencia	\$65 después del deducible	\$65 después del deducible	\$75	\$65 después del deducible
Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)				
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$25 después del deducible*	\$20*	\$25, se aplica el gasto máximo de bolsillo de farmacia*	\$10*
La mayoría de los medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$60 después del deducible* <sup>†</sup>	\$50 después del deducible* <sup>†</sup>	\$75 después del deducible de farmacia de \$750 por miembro; se aplica el gasto máximo de bolsillo de farmacia <sup>‡</sup>	\$50 después del deducible* <sup>†</sup>
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	35 % después del deducible <sup>‡</sup>	50 % después del deducible <sup>‡</sup>	\$80 después del deducible de farmacia de \$750 por miembro; se aplica el gasto máximo de bolsillo de farmacia <sup>‡</sup>	50 % después del deducible <sup>‡</sup>
Medicamentos especializados (Nivel 4)	35 % después del deducible, hasta un máximo de \$150 por receta para 30 días	50 % después del deducible, hasta un máximo de \$150 por receta para 30 días	\$100 después del deducible de farmacia de \$750 por miembro; se aplica el gasto máximo de bolsillo de farmacia	50 % después del deducible, hasta un máximo de \$150 por receta para 30 días
Salud integral				
Servicios para una vida sana	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/selfcare">kp.org/selfcare</a> (haga clic en "Español") para obtener más información.			

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

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

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

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

Este resumen del plan destaca los beneficios, copagos, coseguros y deducibles sobre los cuales se pregunta con más frecuencia. Consulte el *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. Para aquellos servicios que estén sujetos al deducible, usted tendrá que pagar los gastos de atención médica de su propio bolsillo hasta alcanzar el deducible. El gasto máximo de bolsillo incluye el deducible anual. La mayoría de los copagos y coseguros contribuyen al monto de gastos máximos de bolsillo.

- KP** Ofrecido por Kaiser Permanente
- E** Ofrecido a través del intercambio de beneficios de salud, Maryland Health Connection

Hay opciones de asistencia financiera disponibles para determinados planes, así como para los nativos de Alaska y los nativos americanos, en [marylandhealthconnection.gov](http://marylandhealthconnection.gov).

Resumen de beneficios	<b>KP</b> KP MD Silver 3000 Ded/700 RxDed/Vision	<b>KP</b> KP MD Gold 2400 Ded/HSA/Vision	<b>KP E</b> KP MD Gold 1750 Ded/250 RxDed/Vision	<b>KP</b> KP MD Gold Plus 1750 Ded/Vision
<b>Tipo de plan</b>	<b>Deducible</b>	<b>Admite HSA</b>	<b>Deducible</b>	<b>Deducible</b>
Deducible anual de servicios médicos (individual/familiar)	\$3,000/\$6,000	\$2,400 (individual)/\$4,800 (por individuo de la familia)/\$4,800(familia)*	\$1,750/\$3,500	\$1,750/\$3,500
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$10,150/\$20,300	\$5,000/\$10,000	\$7,650/\$15,300	\$8,500/\$17,000
<b>Beneficios</b>				
<b>Atención virtual</b>				
Consultas electrónicas, por chat, por correo electrónico, por teléfono y por video	Sin costo	Sin costo después del deducible	Sin costo	Sin cargo***
<b>Atención preventiva</b>				
Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.	Sin costo	Sin costo	Sin costo	Sin cargo***
<b>Servicios ambulatorios</b>				
Visita al consultorio de atención primaria	\$35	\$25 después del deducible	\$20	\$20***
Visita al consultorio de atención especializada	\$60	\$50 después del deducible	\$40	\$50***
La mayoría de las radiografías	\$85	\$65 después del deducible	\$70	\$65***
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$60	\$45 después del deducible	\$50	\$15***
Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	50 % después del deducible	35 % después del deducible	35 % después del deducible	\$250
Cirugía ambulatoria	40 % después del deducible	35 % después del deducible	35 % después del deducible	35 % después del deducible
Consulta de salud mental	\$35 (terapia individual)	\$25 después del deducible (terapia individual)	\$20 (terapia individual)	\$20 (terapia individual)***
<b>Atención para pacientes hospitalizados</b>				
Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, cuidado de salud mental	40 % después del deducible	35 % después del deducible	35 % después del deducible	35 % después del deducible
<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	40 % después del deducible	35 % después del deducible	35 % después del deducible	35 % después del deducible
<b>Atención de emergencia y de urgencia</b>				
Visita al Departamento de Emergencias	40 % después del deducible	\$500 después del deducible (no se aplica en caso de hospitalización)	35 % después del deducible	\$300 después del deducible (no se aplica en caso de hospitalización)
Visita de atención de urgencia	\$60	\$50 después del deducible	\$40	\$50***
<b>Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)</b>				
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$20*	\$15 después del deducible*	\$15*	\$10*,***
La mayoría de los medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$80*,†	\$50 después del deducible*,†	\$55 después del deducible de farmacia de \$250 por miembro*,†	\$50 después del deducible*,†,***
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	40 % después del deducible de farmacia de \$700 por miembro†	35 % después del deducible†	50 % después del deducible de farmacia de \$250 por miembro†	\$100 después del deducible*,†,***
Medicamentos especializados (Nivel 4)	40 % después del deducible de farmacia de \$700 por miembro hasta un máximo de \$150 por receta médica de 30 días	35 % después del deducible, hasta un máximo de \$150 por receta para 30 días	50 % después del deducible de farmacia de \$250 por miembro hasta un máximo de \$150 por receta de 30 días	\$150 después del deducible*,†,***
<b>Salud integral</b>				
Servicios para una vida sana	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 ayudarlo a que viva bien en mente, cuerpo y espíritu. Visite <a href="http://kp.org/selfcare">kp.org/selfcare</a> (haga clic en "Español") para obtener más información.			

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

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

‡Si es la única persona que solicita este plan, debe alcanzar el deducible individual. Sin embargo, cuando dos o más personas solicitan un plan familiar, se combinan los gastos para alcanzar el deducible familiar.

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

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

Este resumen del plan destaca los beneficios, copagos, coseguros y deducibles sobre los cuales se pregunta con más frecuencia. Consulte el *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. Para aquellos servicios que estén sujetos al deducible, usted tendrá que pagar los gastos de atención médica de su propio bolsillo hasta alcanzar el deducible. El gasto máximo de bolsillo incluye el deducible anual. La mayoría de los copagos y coseguros contribuyen al monto de gastos máximos de bolsillo.

**KP** Ofrecido por Kaiser Permanente

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

Hay opciones de asistencia financiera disponibles para determinados planes, así como para los nativos de Alaska y los nativos americanos, en [marylandhealthconnection.gov](http://marylandhealthconnection.gov).

Resumen de beneficios	<b>KP</b> KP MD Gold 1100 Ded/200 RxDed/Vision	<b>KP E</b> KP MD Gold Value 1000 Ded/150 RxDed/Vision	<b>KP</b> KP MD Gold 500 Ded/Vision	<b>KP E</b> KP MD Gold 0 Ded/150 RxDed/Vision
	Deducible	Deducible	Deducible	Copago
Tipo de plan				
Deducible anual de servicios médicos (individual/familiar)	\$1,100/\$2,200	\$1,000/\$2,000	\$500/\$1,000	Ninguno/Ninguno
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$6,950/\$13,900	\$8,500/\$17,000	\$8,500/\$17,000	\$8,500/\$17,000
Beneficios				
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 ambulatorios				
Visita al consultorio de atención primaria	\$15	\$10	\$20	\$20
Visita al consultorio de atención especializada	\$35	\$35	\$50	\$40
La mayoría de las radiografías	\$65	\$50	\$65	\$65
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$40	\$25	\$30	\$30
Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	\$500	\$400 después del deducible	\$350 después del deducible	\$500
Cirugía ambulatoria	35 % después del deducible	\$375	35 % después del deducible	40 %
Consulta de salud mental	\$15 (terapia individual)	\$10 (terapia individual)	\$20 (terapia individual)	\$20 (terapia individual)
Atención para pacientes hospitalizados				
Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, cuidado de salud mental	35 % después del deducible	\$450 por hospitalización después del deducible	35 % después del deducible	40 %
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	35 % después del deducible	\$450 por hospitalización después del deducible	35 % después del deducible	40 %
Atención de emergencia y de urgencia				
Visita al Departamento de Emergencias	\$500 (no se aplica en caso de hospitalización)	\$350 después del deducible (no se aplica en caso de hospitalización)	\$750 después del deducible (no se aplica en caso de hospitalización)	\$750 (no se aplica en caso de hospitalización)
Visita de atención de urgencia	\$35	\$40	\$50	\$40
Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)				
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$10*	\$10, se aplica el gasto máximo de bolsillo de farmacia*	\$15*	\$10*
La mayoría de los medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$55* <sup>‡</sup>	\$30, se aplica el gasto máximo de bolsillo de farmacia* <sup>‡</sup>	\$55* <sup>‡</sup>	\$55* <sup>‡</sup>
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	35 % después del deducible de farmacia de \$200 por miembro <sup>‡</sup>	\$60 después del deducible de farmacia de \$150 por miembro; se aplica el gasto máximo de bolsillo de farmacia <sup>‡</sup>	\$70 después del deducible* <sup>‡</sup>	40 % después del deducible de farmacia de \$150 por miembro <sup>‡</sup>
Medicamentos especializados (Nivel 4)	35 % después del deducible de farmacia de \$200 por miembro, hasta un máximo de \$150 por receta para 30 días	\$75 después del deducible de farmacia de \$150, por miembro; se aplica el gasto máximo de bolsillo de farmacia	50 % después del deducible, hasta un máximo de \$150 por receta para 30 días	40 % después del deducible de farmacia de \$150 por miembro, hasta un máximo de \$150 por receta para 30 días
Salud integral				
Servicios para una vida sana	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/selfcare">kp.org/selfcare</a> (haga clic en "Español") para obtener más información.			

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

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

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

Este resumen del plan destaca los beneficios, copagos, coseguros y deducibles sobre los cuales se pregunta con más frecuencia. Consulte el *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. Para aquellos servicios que estén sujetos al deducible, usted tendrá que pagar los gastos de atención médica de su propio bolsillo hasta alcanzar el deducible. El gasto máximo de bolsillo incluye el deducible anual. La mayoría de los copagos y coseguros contribuyen al monto de gastos máximos de bolsillo.



**KP** Ofrecido por Kaiser Permanente

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

## 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>KP</b> <b>E</b> KP MD Platinum 0 Ded/Vision	<b>KP</b> <b>E</b> KP MD Catastrophic <sup>†</sup> 10600 Ded/Vision	<b>E</b> KP MD Silver Value 4500 Ded/750 RxDed/CSR/Vision	<b>E</b> KP MD Silver Value 1000 Ded/150 RxDed/CSR/Vision
Tipo de plan	Copago	Admite HSA	Deducible	Deducible
Deducible anual de servicios médicos (individual/familiar)	Ninguno/Ninguno	\$10,600/\$21,200	\$4,500/\$9,000	\$1,000/\$2,000
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$5,000/\$10,000	\$10,600/\$21,200	\$6,800/\$13,600	\$2,850/\$5,700
<b>Beneficios</b>				
<b>Atención virtual</b>				
Consultas electrónicas, por chat, por correo electrónico, por teléfono y por video	Sin costo	Sin costo después del deducible	Sin costo	Sin costo
<b>Atención preventiva</b>				
Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.	Sin costo	Sin costo	Sin costo	Sin costo
<b>Servicios ambulatorios</b>				
Visita al consultorio de atención primaria	\$15	Las primeras 3 visitas al consultorio son gratuitas.*** Las demás visitas no tienen cargo después del deducible.	\$35	\$10
Visita al consultorio de atención especializada	\$20	Sin costo después del deducible	\$110	\$35
La mayoría de las radiografías	\$20	Sin costo después del deducible	\$150	\$50
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$20	Sin costo después del deducible	\$45	\$25
Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	\$250	Sin costo después del deducible	\$600 después del deducible	\$350 después del deducible
Cirugía ambulatoria	\$350	Sin costo después del deducible	\$300 después del deducible	\$200
Consulta de salud mental	\$15 (terapia individual)	Las primeras 3 visitas al consultorio son gratuitas.*** Las demás visitas no tienen cargo después del deducible.	\$35 (terapia individual)	\$10 (terapia individual)
<b>Atención para pacientes hospitalizados</b>				
Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, cuidado de salud mental	\$350 por día, hasta 4 días**	Sin costo después del deducible	\$550 por hospitalización después del deducible	\$350 por hospitalización después del deducible
<b>Maternidad</b>				
Consultas de atención prenatal de rutina y de posparto	Sin costo	Sin costo	Sin costo	Sin costo
Parto y cuidados de bienestar infantil para pacientes hospitalizados	\$350 por día, hasta 4 días**	Sin costo después del deducible	\$550 por hospitalización después del deducible	\$350 por hospitalización después del deducible
<b>Atención de emergencia y de urgencia</b>				
Visita al Departamento de Emergencias	\$300 (no se aplica en caso de hospitalización)	Sin costo después del deducible	\$500 después del deducible (no se aplica en caso de hospitalización)	\$150 después del deducible (no se aplica en caso de hospitalización)
Visita de atención de urgencia	\$20	Sin costo después del deducible	\$75	\$30
<b>Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)</b>				
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$5*	Sin costo después del deducible	\$25, se aplica el gasto máximo de bolsillo de farmacia*	\$6, se aplica el gasto máximo de bolsillo de farmacia*
La mayoría de los medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$35* <sup>‡</sup>	Sin costo después del deducible	\$75 después del deducible de farmacia de \$750 por miembro; se aplica el gasto máximo de bolsillo de farmacia <sup>‡</sup>	\$25 después del deducible de farmacia de \$150 por miembro; se aplica el gasto máximo de bolsillo de farmacia <sup>‡</sup>
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	\$55* <sup>‡</sup>	Sin costo después del deducible	\$80 después del deducible de farmacia de \$750 por miembro; se aplica el gasto máximo de bolsillo de farmacia <sup>‡</sup>	\$50 después del deducible de farmacia de \$150 por miembro; se aplica el gasto máximo de bolsillo de farmacia <sup>‡</sup>
Medicamentos especializados (Nivel 4)	\$150*	Sin costo después del deducible	\$100 después del deducible de farmacia de \$750 por miembro; se aplica el gasto máximo de bolsillo de farmacia	\$60 después del deducible de farmacia de \$150 por miembro; se aplica el gasto máximo de bolsillo de farmacia
<b>Salud integral</b>				
Servicios para una vida sana	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/selfcare">kp.org/selfcare</a> (haga clic en "Español") para obtener más información.			

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

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

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

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

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

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

Este resumen del plan destaca los beneficios, copagos, coseguros y deducibles sobre los cuales se pregunta con más frecuencia. Consulte el *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. Para aquellos servicios que estén sujetos al deducible, usted tendrá que pagar los gastos de atención médica de su propio bolsillo hasta alcanzar el deducible. El gasto máximo de bolsillo incluye el deducible anual. La mayoría de los copagos y coseguros contribuyen al monto de gastos máximos de bolsillo.

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

## Planes de reducción del costo compartido (CSR)

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

Resumen de beneficios	<b>E</b> KP MD Silver Value 0 Ded/CSR/Vision	<b>E</b> KP MD Silver 3000 Ded/CSR/Vision	<b>E</b> KP MD Silver 0 Ded/CSR-B/Vision	<b>E</b> KP MD Silver 0 Ded/CSR-A/Vision
<b>Tipo de plan</b>	<b>Copago</b>	<b>Deducible</b>	<b>Copago</b>	<b>Copago</b>
Deducible anual de servicios médicos (individual/familiar)	Ninguno/Ninguno	\$3,000/\$6,000	Ninguno/Ninguno	Ninguno/Ninguno
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$1,950/\$3,900	\$7,850/\$15,700	\$3,350/\$6,700	\$2,000/\$4,000
<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 ambulatorios</b>				
Visita al consultorio de atención primaria	\$5	\$35	\$15	Sin costo
Visita al consultorio de atención especializada	\$20	\$55	\$40	\$15
La mayoría de las radiografías	\$20	\$55	\$40	\$15
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$10	\$40	\$40	\$5
Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	\$125	35 % después del deducible	35 %	20 %
Cirugía ambulatoria	\$110	35 % después del deducible	35 %	20 %
Consulta de salud mental	\$5	\$35 (terapia individual)	\$15 (terapia individual)	Sin costo
<b>Atención para pacientes hospitalizados</b>				
Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, cuidado de salud mental	\$150 por hospitalización	35 % después del deducible	35 %	20 %
<b>Maternidad</b>				
Consultas de atención prenatal de rutina y de posparto	Sin costo	Sin costo	Sin costo	Sin costo
Parto y cuidados de bienestar infantil para pacientes hospitalizados	\$150 por hospitalización	35 % después del deducible	35 %	20 %
<b>Atención de emergencia y de urgencia</b>				
Visita al Departamento de Emergencias	\$75 (no se aplica en caso de hospitalización)	35 % después del deducible	35 %	20 %
Visita de atención de urgencia	\$15	\$55	\$40	\$15
<b>Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)</b>				
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	Sin cargo, se aplica el gasto máximo de bolsillo de farmacia*	\$20*	\$15*	Sin costo
La mayoría de los medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$5, se aplica el gasto máximo de bolsillo de farmacia* <sup>†</sup>	\$60* <sup>†</sup>	\$60* <sup>†</sup>	\$15*
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	\$15, se aplica el gasto máximo de bolsillo de farmacia <sup>‡</sup>	35 % después del deducible <sup>‡</sup>	35 % <sup>‡</sup>	20 % <sup>‡</sup>
Medicamentos especializados (Nivel 4)	\$25, se aplica el gasto máximo de bolsillo de farmacia <sup>‡</sup>	35 % después del deducible, hasta un máximo de \$150 por receta para 30 días	35 % hasta un máximo de \$150 por receta para 30 días	20 % hasta un máximo de \$150 por receta para 30 días
<b>Salud integral</b>				
Servicios para una vida sana	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 ayudarlo a que viva bien en mente, cuerpo y espíritu. Visite <a href="http://kp.org/selfcare">kp.org/selfcare</a> (haga clic en "Español") para obtener más información.			

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

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

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

Este resumen del plan destaca los beneficios, copagos, coseguros y deducibles sobre los cuales se pregunta con más frecuencia. Consulte el *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. Para aquellos servicios que estén sujetos al deducible, usted tendrá que pagar los gastos de atención médica de su propio bolsillo hasta alcanzar el deducible. El gasto máximo de bolsillo incluye el deducible anual. La mayoría de los copagos y coseguros contribuyen al monto de gastos máximos de bolsillo.

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

## Planes de reducción del costo compartido (CSR)

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

Resumen de beneficios	E KP MD Silver Virtual Forward 2500 Ded/CSR	E KP MD Silver Virtual Forward 500 Ded/CSR	E KP MD Silver Virtual Forward 0 Ded/CSR
<b>Tipo de plan</b>	<b>Deducible</b>	<b>Deducible</b>	<b>Copago</b>
Deducible anual de servicios médicos (individual/familiar)	\$2,500/\$5,000	\$500/\$1,000	Ninguno/Ninguno
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$7,550/\$15,100	\$2,750/\$5,500	\$1,000/\$2,000
<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
<b>Atención preventiva</b>			
Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.	Sin costo	Sin costo	Sin costo
<b>Servicios ambulatorios</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	20 % después del deducible	20 %
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$65 después del deducible	\$55 después del deducible	\$45
Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	20 % después del deducible	20 % después del deducible	20 %
Cirugía ambulatoria	20 % después del deducible	20 % después del deducible	20 %
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, cuidado de salud mental	20 % después del deducible	20 % después del deducible	20 %
<b>Maternidad</b>			
Consultas de atención prenatal de rutina y de posparto	Sin costo	Sin costo	Sin costo
Parto y cuidados de bienestar infantil para pacientes hospitalizados	20 % después del deducible	20 % después del deducible	20 %
<b>Atención de emergencia y de urgencia</b>			
Visita al Departamento de Emergencias	20 % después del deducible	20 % después del deducible	20 %
Visita 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)	\$10*	\$10*	Sin costo
La mayoría de los medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$50 después del deducible* <sup>†</sup>	\$30 después del deducible*	\$20*
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	50 % después del deducible <sup>†</sup>	30 % después del deducible <sup>†</sup>	20 % <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 % hasta un máximo de \$150 por receta para 30 días
<b>Salud integral</b>			
Servicios para una vida sana	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/selfcare">kp.org/selfcare</a> (haga clic en "Español") para obtener más información.		

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

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

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

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

Este resumen del plan destaca los beneficios, copagos, coseguros y deducibles sobre los cuales se pregunta con más frecuencia. Consulte el *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. Para aquellos servicios que estén sujetos al deducible, usted tendrá que pagar los gastos de atención médica de su propio bolsillo hasta alcanzar el deducible. El gasto máximo de bolsillo incluye el deducible anual. La mayoría de los copagos y coseguros contribuyen al monto de gastos máximos de bolsillo.

# Conozca su tarifa



Envíe su solicitud a través de [buykp.org](https://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](https://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 de Maryland

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



# Beneficios, Exclusiones y Limitaciones

## Exclusiones Médicas

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

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

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

Los siguientes servicios están excluidos de la cobertura:

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

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

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

## Limitaciones Médicas

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

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

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

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

## Exclusiones de Farmacia

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

1. Medicamentos para el control de peso de uso exclusivo para un tratamiento de aumento o disminución del peso corporal o recetados para esto.

2. Medicamentos recetados de manera exclusiva para el tratamiento de la disfunción sexual.
3. Medicamentos que puedan obtenerse sin receta médica, excepto los medicamentos anticonceptivos de venta libre.
4. Medicamentos para los que haya una alternativa de venta libre que sea el equivalente químico (es decir, el mismo ingrediente activo y la misma dosis) del medicamento recetado, a menos que lo prohíban las leyes federales o estatales que rigen los beneficios de salud esenciales.
3. El miembro solicita o acepta un suministro parcial para sincronizar el surtido de sus medicamentos recetados.
4. El medicamento recetado no es una sustancia peligrosa controlada de la Lista II.
5. El suministro y la dispensación del medicamento recetado cumplen todos los requisitos de autorización y administración del uso que son específicos de dicho medicamento en el momento de la dispensación sincronizada.

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 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 y
3. los límites de surtido especificados.

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

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

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

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

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



Para los anticonceptivos recetados, los miembros pueden obtener un suministro de hasta doce (12) meses en un solo surtido en una farmacia del plan o mediante nuestro servicio de entrega por correo.

## Exclusiones Dentales

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


1. Cualquier procedimiento no mencionado 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. 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. El tratamiento requerido debido a un accidente causado por una fuerza externa o autoinfligido, a menos que se mencione de alguna otra manera como servicio cubierto.
9. Los servicios para restaurar la estructura dental debido a desgaste, erosión o abrasión.
10. Los procedimientos experimentales o servicios de investigación, entre ellos, cualquier tratamiento, terapia, procedimiento, medicamento o uso de medicamentos, instalaciones o uso de instalaciones, equipo o uso de equipos, dispositivo o uso de dispositivos, o suministro que no están reconocidos como conformes a los estándares profesionales generalmente aceptados, o cuya seguridad y eficacia no se han determinado para su uso en el tratamiento para el que se recomienda o receta el artículo o servicio en cuestión.
11. Los procedimientos, los aparatos o la restauración para corregir malformaciones congénitas o del desarrollo.
12. Los gastos dentales en los que se incurre con respecto a cualquier procedimiento dental iniciado después de la cancelación de la cobertura o antes de la fecha en que el miembro empezara a ser elegible para dichos servicios.
13. Servicios dentales que se reciban en un entorno de atención de emergencia para condiciones que no sean emergencias si el suscriptor, de manera razonable, debería haber sabido que no se trataba de una situación de atención de emergencia.
14. Brackets compuestos o de cerámica, adaptación lingual de bandas ortodónticas y otras alternativas especializadas o estéticas en lugar de aparatos de ortodoncia estándar, fijos y extraíbles. Los servicios de Invisalign están excluidos de los beneficios de ortodoncia.
15. Citas a las que no asistió o que se cancelaron, a menos que se especifiquen como un servicio cubierto.

# Centros médicos de Kaiser Permanente



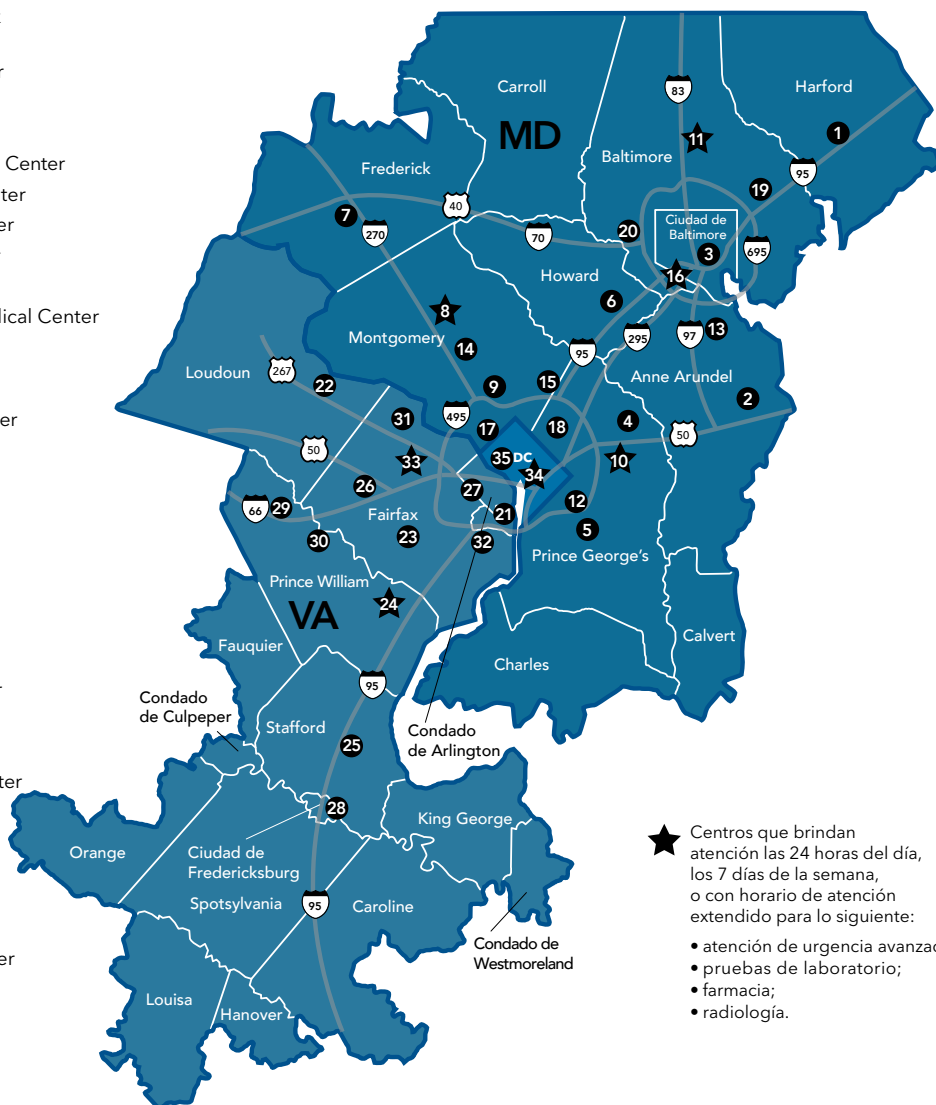
Nuestra meta es que le sea lo más fácil y conveniente posible recibir la atención que necesita cuando la necesite. Consulte el mapa a continuación o visite [kp.org/facilities](https://kp.org/facilities) (haga clic en "Español") para encontrar el centro más cercano.<sup>10</sup>

## 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  Friendship Heights  
by KAISER PERMANENTE.
- 18 West Hyattsville Medical Center
- 19 White Marsh Medical Center
- 20 Woodlawn Medical Center

## Washington D. C.

- 34 Kaiser Permanente Capitol Hill Medical Center
- 35 Consultorios médicos de Northwest DC



- ★ Centros que brindan atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana, o con horario de atención extendido para lo siguiente:
- atención de urgencia avanzada;
  - pruebas de laboratorio;
  - farmacia;
  - radiología.

Para ver la lista más reciente de centros y servicios disponibles, visite [kp.org/facilities](https://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.

## Notas

# 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](https://buykp.org) (haga clic en "Español") para comenzar.

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

Los miembros actuales que tengan 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 recetados 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](https://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) ትኩረት:** አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ ተገቢ የሆኑ ረዳት መርጃዎችን እና አገልግሎቶችን ጨምሮ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶች በነጻ ይገኛሉ። በ **1-800-777-7902** ይደውሉ (TTY: **711**)።

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

**Bàsɔ̀ Wùdù (Bassa) Mbi sog:** nia maa Bàsàa, njàl mbom a ka maa njàng ndol ni mbom mi tsonj ni sonj, nij ma kénjén yé, mbi èyem. Wó nànj **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 (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 Sprachassistenten mit entsprechenden Hilfsmitteln und Dienstleistungen kostenfrei zur Verfügung. Rufen Sie 1-800-777-7902 an (TTY: 711).

ગુજરાતી (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 कॉल करें (TTY: 711).

Igbo (Igbo) TINYE UCHE: Ọ bụrụ na i na-asụ Igbo, Ọrụ enyemaka nke asụsụ gunyere udi enyemaka na ọrụ kwesiri ekwesị, n'efu, dị nye gị. Kpọọ 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).

Naabeehó (Navajo) DÍÍ BAA AKÓ NÍNÍZIN: Díí saad bee yánífti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'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).

اُردو (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 n sọ èdè Yorùbá, àwon isẹ̀ ìrànlọ́wọ̀ èdè tó fi kún àwon ohun èlò ìrànlọ́wọ̀ tó yẹ àti àwon isẹ̀ láísí ìdíyelé wà fún ọ. Pe 1-800-777-7902 (TTY: 711).

## Notas

This image shows a full page of white paper with horizontal blue dashed lines, typical of notebook paper. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings present.

## Notas

[illegible]

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.