

# Atención médica que funciona



Comience ahora en [buykp.org](http://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 30 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 del Mercado de Seguros Médicos de Virginia.
- 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

- ¿Se está por casar, mudar o perder su cobertura de salud? También puede inscribirse o cambiar su cobertura en otros momentos a lo largo del año si tiene un evento calificado de vida (circunstancia de vida que califica y modifica su situación actual).
- Visite [kp.org/inscripcionesespecial](http://kp.org/inscripcionesespecial) para consultar la lista de eventos calificados de vida y las instrucciones.

¿Necesita hablar con alguien?  
Estamos aquí para ayudarle.

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

# La combinación de atención y cobertura marca la diferencia

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

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

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



Descubra cómo podemos ayudarle a vivir su mejor vida en **[kp.org/infobasica](http://kp.org/infobasica)**.

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

Michele, miembro de Kaiser Permanente



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

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



## Atención virtual 24/7

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



## Servicio de farmacia por correo

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



## Atención cuando viaja

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

## MinuteClinics

Si necesita atención de urgencia en un estado en el que no se encuentra Kaiser Permanente, acuda a la clínica MinuteClinic® de CVS, al centro de Concentra o al centro de atención de urgencia más cerca.<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 de gimnasio
- Programa Musculoesquelético de Affinity (*Affinity Musculoskeletal Program*, MSK): 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 una amplia variedad de servicios preventivos sin costo adicional. Si necesita atención especializada, ya sea para maternidad, cuidado de cáncer, salud cardiaca u otra condición, tiene acceso a tecnología innovadora y a atención avanzada basada en la evidencia. Además, pueden 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<sup>8</sup>

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 a **38 de nuestros centros médicos** por su compromiso con la excelencia en el tratamiento de ataques cerebrales o enfermedades cardíacas.

## Atención de calidad contra el cáncer

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

## Le acompañamos en cada paso del camino



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

Su equipo de atención le ayuda con las citas y las referencias.

Su historia clínica está disponible para usted y su equipo de atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Su equipo de atención le informa cuándo programar exámenes médicos y pruebas.



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

Dra. Khushboo Mehta

# Cómo elegir su plan de salud

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

## Planes virtuales

La prima mensual del plan virtual tiene un costo menor, y gran parte de la atención comienza con consultas virtuales. Reciba la atención médica de la forma que quiera. Puede elegir entre un chat virtual o una línea telefónica para recibir consejos disponibles las 24 horas del día los 7 días de la semana, consultas electrónicas, consultas por video programadas, consultas por teléfono o correos electrónicos para asuntos que no sean urgentes, sin costo adicional. Recibirá la atención y los medicamentos que necesite, o le brindaremos ayuda para recibir atención en persona.

## Planes con copagos

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

## Planes 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 el 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. 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 bronze 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).

# Atención dental cómoda y económica

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

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

**Ofertas de servicios dentales para adultos:**

Kaiser Permanente Smile KPIF Dental Copay

Kaiser Permanente Smile KPIF Dental C-POS Basic

Kaiser Permanente Smile KPIF Dental C-POS High

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

Visite [kp.org/dental/mas](http://kp.org/dental/mas) (en inglés) para obtener más información.

## Beneficios para la vista

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

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

**El plan incluye lo siguiente:**

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

# Ejemplo de sus costos de atención

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

Nombre del plan	Visita al consultorio	Radiografía	La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)
KP VA Gold 0 Ded/500 RxDed/Vision (sin deducible)	\$20 (no se aplica para los niños menores de 5 años)	\$65	\$10*
KP VA Silver Virtual Forward 4000 Ded (deducible de \$4,000)	Atención virtual sin cargo; la primera consulta en persona es sin cargo, y las consultas en persona adicionales cuestan \$55 después del deducible <sup>##</sup>	30 % después del deducible	\$10*
KP VA Bronze 6500 Ded/Vision (deducible de \$6,500)	Las primeras 3 visitas cuestan \$55 y, luego, el 35 % después del deducible (el copago no se aplica para niños menores de 5 años)	35 % después del deducible	\$35*

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

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

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

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

# Características de los planes: resumen de beneficios

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

## Resumen de cómo interpretar la tabla

Resumen de beneficios	KP E KP VA Silver 2700 Ded/Vision
<b>Tipo de plan</b>	<b>Deductible</b>
Deductible anual de servicios médicos (individual/familiar)	\$2,700/\$5,400
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$9,100/\$18,200
<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 para pacientes ambulatorios (por consulta o procedimiento)</b>	
Visita al consultorio de atención primaria	\$35 (no se aplica para los niños menores de 5 años)
Visita al consultorio de atención especializada	\$55
La mayoría de las radiografías	\$85
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$60
Resonancias magnéticas nucleares (RMN), tomografías computarizadas (TC) y tomografías por emisión de positrones (TEP)	40 % 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, atención 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	\$55
<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)	50 % después del deducible
Medicamentos especializados (Nivel 4)	50 % después del deducible
<b>Salud integral</b>	
Servicios para mantenerse sano	Los exámenes de la vista están incluidos en su plan. Acuda a nuestros centros de servicios ópticos para obtener sus anteojos y lentes de contacto. Visite <a href="http://kp2020.org">kp2020.org</a> (en inglés) para obtener más información. Explore nuestra 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.

- KP** Ofrecido por Kaiser Permanente  
**E** Ofrecido a través del intercambio de beneficios de salud
- Deductible anual**  
Debe pagar este monto antes de que su plan comience a ayudarle a pagar la mayoría de los servicios cubiertos. Con este plan de ejemplo, pagaría los costos completos de los servicios cubiertos hasta llegar a \$2,700 para usted o \$5,400 para su familia. A partir de ese momento, usted comenzaría a pagar los copagos o el coseguro.
- Gasto máximo de bolsillo anual**  
Este es el monto máximo que usted pagará por atención durante el año calendario antes de que el plan comience a pagar el 100 % de la mayoría de los servicios cubiertos. En este ejemplo, nunca pagaría más de \$9,100 por usted y no más de \$18,200 por su familia por concepto de copagos, coseguros y deducibles en un año calendario.
- Atención preventiva sin costo adicional**  
La mayoría de los servicios de atención preventiva, incluidos los exámenes físicos de rutina y las mamografías, están cubiertos sin costo adicional. Además, no están sujetos al 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 consultas de atención primaria están cubiertas con un copago de \$35 (no se aplica a los niños menores de 5 años), incluso antes de que alcance su deducible. Con nuestros planes Silver con deducible, la atención primaria, la atención especializada y las visitas de atención de urgencia están cubiertas antes de alcanzar el deducible.
- Coseguro**  
Después de alcanzar su deducible, este es un porcentaje de los costos que podría pagar por los servicios cubiertos. En este caso, pagaría el 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, usted comenzaría a pagar un copago de \$55 por consultas de atención de urgencia, sin importar si ya alcanzó o no su deducible.

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

**KP** Ofrecido por Kaiser Permanente  
**E** Ofrecido a través del intercambio de beneficios de salud

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

	<b>KP</b>	<b>E</b>	<b>KP</b>	<b>E</b>	<b>KP</b>	<b>E</b>	<b>KP</b>	<b>E</b>
<b>Resumen de beneficios</b>	KP VA Bronze 7500 Ded		KP VA Standard Bronze 7500 Ded/Vision		KP VA Bronze 7100 Ded/HSA/Vision		KP VA Bronze 6500 Ded/Vision	
<b>Tipo de plan</b>	<b>Admite HSA</b>		<b>Admite HSA</b>		<b>Admite HSA</b>		<b>Admite HSA</b>	
Deducible anual de servicios médicos (individual/familiar)	\$7,500/\$15,000		\$7,500/\$15,000		\$7,100/\$14,200		\$6,500/\$13,000	
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$9,200/\$18,400		\$10,000/\$20,000		\$7,100/\$14,200		\$9,200/\$18,400	
<b>Beneficios</b>								
<b>Atención virtual</b>								
Consultas electrónicas, por chat, por correo electrónico, por teléfono y por video	Sin costo		Los mismos que los servicios en persona		Sin costo después del deducible		Sin costo	
<b>Atención preventiva</b>								
Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.	Sin costo		Sin costo		Sin costo		Sin costo	
<b>Servicios para pacientes ambulatorios (por consulta o procedimiento)</b>								
Visita al consultorio de atención primaria	40 % después del deducible		\$50		Sin costo después del deducible		Las primeras 3 visitas cuestan \$55 y, luego, el 35 % después del deducible (el copago no se aplica para niños menores de 5 años)	
Visita al consultorio de atención especializada	40 % después del deducible		\$100		Sin costo después del deducible		\$75 después del deducible	
La mayoría de las radiografías	40 % después del deducible		50 % después del deducible		Sin costo después del deducible		35 % después del deducible	
La mayoría de las pruebas de laboratorio	40 % después del deducible		50 % después del deducible		Sin costo después del deducible		\$75	
Resonancias magnéticas nucleares (RMN), tomografías computarizadas (TC) y tomografías por emisión de positrones (TEP)	40 % después del deducible		50 % después del deducible		Sin costo después del deducible		\$625 después del deducible	
Cirugía ambulatoria	40 % después del deducible		50 % después del deducible		Sin costo después del deducible		35 % después del deducible	
Consulta de salud mental	40 % después del deducible		\$50 (terapia individual)		Sin costo después del deducible		\$55 (terapia individual)	
<b>Atención para pacientes hospitalizados</b>								
Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	40 % después del deducible		50 % después del deducible		Sin costo 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		50 % después del deducible		Sin costo después del deducible		35 % después del deducible	
<b>Atención de emergencia y de urgencia</b>								
Visita al Departamento de Emergencias	40 % después del deducible		50 % después del deducible		Sin costo después del deducible		35 % después del deducible	
Visita de atención de urgencia	40 % después del deducible		\$75		Sin costo después del deducible		\$75 después del deducible	
<b>Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)</b>								
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	40 % después del deducible		\$25*		Sin costo después del deducible		\$35*	
La mayoría de los medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	40 % después del deducible		\$50 después del deducible*		Sin costo después del deducible		\$100 después del deducible*	
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	50 % después del deducible		\$100 después del deducible*		Sin costo después del deducible		50 % después del deducible	
Medicamentos especializados (Nivel 4)	50 % después del deducible		\$500 después del deducible*		Sin costo después del deducible		50 % después del deducible	
<b>Salud integral</b>								
<b>Servicios para mantenerse sano</b>	Explore nuestra gran variedad de recursos de cuidado personal diseñados para ayudarle a que viva bien en mente, cuerpo y espíritu. Visíte <a href="http://kp.org/selfcare">kp.org/selfcare</a> (haga clic en "Español") para obtener más información.		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. Visíte <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. Visíte <a href="http://kp.org/selfcare">kp.org/selfcare</a> (haga clic en "Español") para obtener más información.					

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

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

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

Resumen de beneficios	KP E	KP	KP	KP E
	KP VA Standard Silver 6000 Ded/Vision KP VA Standard Silver 6000 Ded/Vision/Off	KP VA Silver Virtual Forward 5000 Ded	KP VA Silver 4700 Ded/HSA/Vision	KP VA Silver 4500 Ded/Vision KP VA Silver 4500 Ded/Vision/Off
Tipo de plan	Deductible	Deductible	Admite HSA	Deductible
Deductible anual de servicios médicos (individual/familiar)	\$6,000/\$12,000	\$5,000/\$10,000	\$4,700/\$9,400	\$4,500/\$9,000
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$8,900/\$17,800	\$7,850/\$15,700	\$7,500/\$15,000	\$8,300/\$16,600
<b>Beneficios</b>				
<b>Atención virtual</b>				
Consultas electrónicas, por chat, por correo electrónico, por teléfono y por video	Los mismos que los servicios en persona	Sin costo	Sin costo después del deducible	Sin costo
<b>Atención preventiva</b>				
Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.	Sin costo	Sin costo	Sin costo	Sin costo
<b>Servicios para pacientes ambulatorios (por consulta o procedimiento)</b>				
Visita al consultorio de atención primaria	\$40	Atención virtual sin cargo; la primera consulta en persona es sin cargo, y las consultas en persona adicionales cuestan \$55 después del deducible <sup>†</sup>	\$45 después del deducible (no se aplica para los niños menores de 5 años)	\$40 (no se aplica para los niños menores de 5 años)
Visita al consultorio de atención especializada	\$80	\$75 después del deducible	\$65 después del deducible	\$60
La mayoría de las radiografías	40 % después del deducible	30 % después del deducible	\$70 después del deducible	\$70
La mayoría de las pruebas de laboratorio	40 % después del deducible	\$75 después del deducible	\$65 después del deducible	\$50
Resonancias magnéticas nucleares (RMN), tomografías computarizadas (TC) y tomografías por emisión de positrones (TEP)	40 % después del deducible	30 % después del deducible	35 % después del deducible	35 % después del deducible
Cirugía ambulatoria	40 % después del deducible	30 % después del deducible	35 % después del deducible	35 % después del deducible
Consulta de salud mental	\$40 (terapia individual)	Atención virtual sin cargo; la primera consulta en persona es sin cargo, y las consultas en persona adicionales cuestan \$55 después del deducible <sup>†</sup>	\$45 después del deducible (terapia individual)	\$40 (terapia individual)
<b>Atención para pacientes hospitalizados</b>				
Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	40 % después del deducible	30 % después del deducible	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	30 % 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	30 % después del deducible	\$500 después del deducible (no se aplica en caso de hospitalización)	35 % después del deducible
Visita de atención de urgencia	\$60	\$75 después del deducible	\$65 después del deducible	\$60
<b>Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)</b>				
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$20*	\$20*	\$25 después del deducible*	\$30*
La mayoría de los medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$40*	\$50 después del deducible*	\$60 después del deducible*	\$60*
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	\$80 después del deducible*	50 % después del deducible	50 % después del deducible	50 % después del deducible
Medicamentos especializados (Nivel 4)	\$350 después del deducible*	50 % después del deducible	50 % después del deducible	50 % después del deducible
<b>Salud integral</b>				
Servicios para mantenerse sano	Los exámenes de la vista están incluidos en su plan. Acuda a nuestros centros de servicios ópticos para obtener sus anteojos y lentes de contacto. Visite <a href="http://kp2020.org">kp2020.org</a> (en inglés) para obtener más información. Explore nuestra 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 de 90 días de medicamentos recetados autorizados por el costo de un suministro de 60 días.

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

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

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

Resumen de beneficios	KP E KP VA Silver Virtual Forward 4000 Ded KP VA Silver Virtual Forward 4000 Ded/Off	KP KP VA Silver 2700 Ded/Vision	KP E KP VA Gold Virtual Forward 2500 Ded	KP KP VA Gold 2400 Ded/HSA/Vision
<b>Tipo de plan</b>	<b>Deductible</b>	<b>Deductible</b>	<b>Deductible</b>	<b>Admite HSA</b>
Deductible anual de servicios médicos (individual/familiar)	\$4,000/\$8,000	\$2,700/\$5,400	\$2,500/\$5,000	\$2,400 (individual) \$4,800 (por individuo de la familia)/\$4,800 (familia) <sup>†</sup>
<b>Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)</b>	<b>\$8,000/\$16,000</b>	<b>\$9,100/\$18,200</b>	<b>\$5,525/\$11,050</b>	<b>\$5,000/\$10,000</b>
<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 después del deducible
<b>Atención preventiva</b>				
Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.	Sin costo	Sin costo	Sin costo	Sin costo
<b>Servicios para pacientes ambulatorios (por consulta o procedimiento)</b>				
Visita al consultorio de atención primaria	Atención virtual sin cargo; la primera consulta en persona es sin cargo, y las consultas en persona adicionales cuestan \$55 después del deducible <sup>††</sup>	\$35 (no se aplica para los niños menores de 5 años)	Atención virtual sin cargo; la primera consulta en persona es sin cargo, y las consultas en persona adicionales cuestan \$50 después del deducible <sup>††</sup>	\$25 después del deducible (no se aplica para los niños menores de 5 años)
Visita al consultorio de atención especializada	\$75 después del deducible	\$55	\$70 después del deducible	\$50 después del deducible
La mayoría de las radiografías	30 % después del deducible	\$85	\$50 después del deducible	\$60 después del deducible
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$75 después del deducible	\$60	\$50 después del deducible	\$40 después del deducible
Resonancias magnéticas nucleares (RMN), tomografías computarizadas (TC) y tomografías por emisión de positrones (TEP)	30 % después del deducible	40 % después del deducible	\$150 después del deducible	35 % después del deducible
Cirugía ambulatoria	30 % después del deducible	40 % después del deducible	\$270 después del deducible	35 % después del deducible
Consulta de salud mental	Atención virtual sin cargo; la primera consulta en persona es sin cargo, y las consultas en persona adicionales cuestan \$55 después del deducible <sup>††</sup>	\$35 (terapia individual)	Atención virtual sin cargo; la primera consulta en persona es sin cargo, y las consultas en persona adicionales cuestan \$50 después del deducible <sup>††</sup>	\$25 después del deducible (terapia individual)
<b>Atención para pacientes hospitalizados</b>				
Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	30 % después del deducible	40 % después del deducible	\$300 por día hasta 3 días** 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	30 % después del deducible	40 % después del deducible	\$300 por día hasta 3 días** después del deducible	35 % después del deducible
<b>Atención de emergencia y de urgencia</b>				
Visita al Departamento de Emergencias	30 % después del deducible	40 % después del deducible	\$200 después del deducible (el copago no se aplica en caso de hospitalización)	\$500 después del deducible (no se aplica en caso de hospitalización)
Visita de atención de urgencia	\$75 después del deducible	\$55	\$70 después del deducible	\$50 después del deducible
<b>Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)</b>				
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$10*	\$20*	\$5*	\$15 después del deducible*
La mayoría de los medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$50 después del deducible*	\$80*	\$50 después del deducible*	\$50 después del deducible*
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	50 % después del deducible	50 % después del deducible	50 % después del deducible	50 % después del deducible
Medicamentos especializados (Nivel 4)	50 % después del deducible	50 % después del deducible	50 % después del deducible	50 % después del deducible
<b>Salud integral</b>				
Servicios para mantenerse sano	Los exámenes de la vista están incluidos en su plan. Acuda a nuestros centros de servicios ópticos para obtener sus anteojos y lentes de contacto. Visite <a href="http://kp2020.org">kp2020.org</a> (en inglés) para obtener más información. Explore nuestra 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 que califican por el costo de un suministro para 60 días.

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

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

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

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

Resumen de beneficios	KP E KP VA Gold 2000 Ded/Vision	KP E KP VA Standard Gold 2000 Ded/Vision	KP KP VA Gold 1300 Ded/Vision	KP KP VA Gold 500 Ded/500 RxDed/Vision
<b>Tipo de plan</b>	<b>Deductible</b>	<b>Deductible</b>	<b>Deductible</b>	<b>Deductible</b>
Deductible anual de servicios médicos (individual/familiar)	\$2,000/\$4,000	\$2,000/\$4,000	\$1,300/\$2,600	\$500/\$1,000
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$7,300/\$14,600	\$8,200/\$16,400	\$7,800/\$15,600	\$9,200/\$18,400
<b>Beneficios</b>				
<b>Atención virtual</b>				
Consultas electrónicas, por chat, por correo electrónico, por teléfono y por video	Sin costo	Los mismos que los servicios en persona	Sin costo	Sin costo
<b>Atención preventiva</b>				
Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.	Sin costo	Sin costo	Sin costo	Sin costo
<b>Servicios para pacientes ambulatorios (por consulta o procedimiento)</b>				
Visita al consultorio de atención primaria	\$25 (no se aplica para los niños menores de 5 años)	\$30	\$20 (no se aplica para los niños menores de 5 años)	\$20 (no se aplica para los niños menores de 5 años)
Visita al consultorio de atención especializada	\$60	\$60	\$50	\$50
La mayoría de las radiografías	30 % después del deducible	25 % después del deducible	\$65	\$65
La mayoría de las pruebas de laboratorio	30 % después del deducible	25 % después del deducible	\$30	\$30
Resonancias magnéticas nucleares (RMN), tomografías computarizadas (TC) y tomografías por emisión de positrones (TEP)	30 % después del deducible	25 % después del deducible	35 % después del deducible	\$350 después del deducible
Cirugía ambulatoria	30 % después del deducible	25 % después del deducible	35 % después del deducible	35 % después del deducible
Consulta de salud mental	\$25 (terapia individual)	\$30 (terapia individual)	\$20 (terapia individual)	\$20 (terapia individual)
<b>Atención para pacientes hospitalizados</b>				
Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	30 % después del deducible	25 % después del deducible	35 % después del deducible	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	30 % después del deducible	25 % después del deducible	35 % después del deducible	35 % después del deducible
<b>Atención de emergencia y de urgencia</b>				
Visita al Departamento de Emergencias	30 % después del deducible	25 % después del deducible	35 % después del deducible	\$750 después del deducible (no se aplica en caso de hospitalización)
Visita de atención de urgencia	\$60	\$45	\$50	\$50
<b>Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)</b>				
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$15*	\$15*	\$10*	\$15*
La mayoría de los medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$60*	\$30*	\$55 después del deducible*	\$55*
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	50 % después del deducible	\$60*	45 % después del deducible	45 % después del deducible de farmacia de \$500 por miembro
Medicamentos especializados (Nivel 4)	50 % después del deducible	\$250*	50 % después del deducible	50 % después del deducible de farmacia de \$500 por miembro
<b>Salud integral</b>				
Servicios para mantenerse sano	Los exámenes de la vista están incluidos en su plan. Acuda a nuestros centros de servicios ópticos para obtener sus anteojos y lentes de contacto. Visite <a href="http://kp2020.org">kp2020.org</a> (en inglés) para obtener más información. Explore nuestra gran variedad de recursos de cuidado personal diseñados para ayudarle a que viva bien en mente, cuerpo y espíritu. Visite <a href="http://kp.org/selfcare">kp.org/selfcare</a> (haga clic en "Español") para obtener más información.			

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

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

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

Resumen de beneficios	KP E KP VA Gold 0 Ded/500 RxDed/Vision	KP KP VA Platinum 0 Ded/Vision	KP E KP VA Standard Platinum 0 Ded/Vision	KP E KP VA Catastrophic 10600 Ded/Vision <sup>††</sup>
<b>Tipo de plan</b>	<b>Copago</b>	<b>Copago</b>	<b>Copago</b>	<b>Admite HSA</b>
Deductible anual de servicios médicos (individual/familiar)	Ninguno/Ninguno	Ninguno/Ninguno	Ninguno/Ninguno	\$10,600/\$21,200
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$9,200/\$18,400	\$4,500/\$9,000	\$5,200/\$10,400	\$10,600/\$21,200
<b>Beneficios</b>				
<b>Atención virtual</b>				
Consultas electrónicas, por chat, por correo electrónico, por teléfono y por video	Sin costo	Sin costo	Los mismos que los servicios en persona	Sin costo después del deductible
<b>Atención preventiva</b>				
Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.	Sin costo	Sin costo	Sin costo	Sin costo
<b>Servicios para pacientes ambulatorios (por consulta o procedimiento)</b>				
Visita al consultorio de atención primaria	\$20 (no se aplica para los niños menores de 5 años)	\$20 (no se aplica para los niños menores de 5 años)	\$10	Las primeras 3 visitas al consultorio son gratuitas.*** Las demás visitas no tienen cargo después del deductible.
Visita al consultorio de atención especializada	\$40	\$40	\$20	Sin costo después del deductible
La mayoría de las radiografías	\$65	\$60	\$30	Sin costo después del deductible
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$30	\$40	\$30	Sin costo después del deductible
Resonancias magnéticas nucleares (RMN), tomografías computarizadas (TC) y tomografías por emisión de positrones (TEP)	\$500	15 %	\$100	Sin costo después del deductible
Cirugía ambulatoria	35 %	15 %	\$300	Sin costo después del deductible
Consulta de salud mental	\$20 (terapia individual)	\$20 (terapia individual)	\$10 (terapia individual)	Las primeras 3 visitas al consultorio son gratuitas.*** Las demás visitas no tienen cargo después del deductible.
<b>Atención para pacientes hospitalizados</b>				
Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	35 %	15 %	\$350	Sin costo 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	35 %	15 %	\$350	Sin costo después del deductible
<b>Atención de emergencia y de urgencia</b>				
Visita al Departamento de Emergencias	\$500 (no se aplica si se le hospitaliza)	\$500 (no se aplica si se le hospitaliza)	\$100	Sin costo después del deductible
Visita de atención de urgencia	\$40	\$40	\$15	Sin costo después del deductible
<b>Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)</b>				
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$10*	\$10*	\$5*	Sin costo después del deductible
La mayoría de los medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$55*	\$40*	\$10*	Sin costo después del deductible
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	45 % después del deductible de farmacia de \$500 por miembro	\$100*	\$50*	Sin costo después del deductible
Medicamentos especializados (Nivel 4)	50 % después del deductible de farmacia de \$500 por miembro	\$350*	\$150*	Sin costo después del deductible
<b>Salud integral</b>				
<b>Servicios para mantenerse sano</b>	Los exámenes de la vista están incluidos en su plan. Acuda a nuestros centros de servicios ópticos para obtener sus anteojos y lentes de contacto. Visite <a href="http://kp2020.org">kp2020.org</a> (en inglés) para obtener más información. Explore nuestra gran variedad de recursos de cuidado personal diseñados para ayudarle a que viva bien en mente, cuerpo y espíritu. Visite <a href="http://kp.org/selfcare">kp.org/selfcare</a> (haga clic en "Español") para obtener más información.			

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

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

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

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

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

## Planes de reducción del costo compartido

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

Resumen de beneficios	<b>E</b> KP VA Standard Silver 3000 Ded/CSR/Vision	<b>E</b> KP VA Standard Silver 700 Ded/CSR/Vision	<b>E</b> KP VA Standard Silver 0 Ded/CSR/Vision
<b>Tipo de plan</b>	<b>Deductible</b>	<b>Deductible</b>	<b>Deductible</b>
Deductible anual de servicios médicos (individual/familiar)	\$3,000/\$6,000	\$700/\$1,400	Ninguno/Ninguno
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$7,400/\$14,800	\$3,300/\$6,600	\$2,200/\$4,400
<b>Beneficios</b>			
<b>Atención virtual</b>			
Consultas electrónicas, por chat, por correo electrónico, por teléfono y por video	Los mismos que los servicios en persona	Los mismos que los servicios en persona	Los mismos que los servicios en persona
<b>Atención preventiva</b>			
Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.	Sin costo	Sin costo	Sin costo
<b>Servicios para pacientes ambulatorios (por consulta o procedimiento)</b>			
Visita al consultorio de atención primaria	\$40	\$20	Sin costo
Visita al consultorio de atención especializada	\$80	\$40	\$10
La mayoría de las radiografías	40 % después del deductible	30 % después del deductible	25 %
La mayoría de las pruebas de laboratorio	40 % después del deductible	30 % después del deductible	25 %
Resonancias magnéticas nucleares (RMN), tomografías computarizadas (TC) y tomografías por emisión de positrones (TEP)	40 % después del deductible	30 % después del deductible	25 %
Cirugía ambulatoria	40 % después del deductible	30 % después del deductible	25 %
Consulta de salud mental	\$40 (terapia individual)	\$20 (terapia individual)	Sin costo
<b>Atención para pacientes hospitalizados</b>			
Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	40 % después del deductible	30 % después del deductible	25 %
<b>Maternidad</b>			
Consultas rutinarias de atención prenatal, primera consulta posparto	Sin costo	Sin costo	Sin costo
Parto y cuidados de bienestar infantil para pacientes hospitalizados	40 % después del deductible	30 % después del deductible	25 %
<b>Atención de emergencia y de urgencia</b>			
Visita al Departamento de Emergencias	40 % después del deductible	30 % después del deductible	25 %
Visita de atención de urgencia	\$60	\$30	\$5
<b>Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)</b>			
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$20*	\$10*	Sin costo
La mayoría de los medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$40*	\$20*	\$15*
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	\$80 después del deductible*	\$60 después del deductible*	\$50*
Medicamentos especializados (Nivel 4)	\$350 después del deductible*	\$250 después del deductible*	\$150*
<b>Salud integral</b>			
Servicios para mantenerse sano	Los exámenes de la vista están incluidos en su plan. Acuda a nuestros centros de servicios ópticos para obtener sus anteojos y lentes de contacto. Visite <a href="http://kp2020.org">kp2020.org</a> (en inglés) para obtener más información.		
	Explore nuestra gran variedad de recursos de cuidado personal diseñados para ayudarle a que viva bien en mente, cuerpo y espíritu. Visite <a href="http://kp.org/selfcare">kp.org/selfcare</a> (haga clic en "Español") para obtener más información.		

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

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

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

## Planes de reducción del costo compartido

Debe cumplir los requisitos e inscribirse en los planes de CSR en CuidadoDeSalud.gov.

Resumen de beneficios	<b>E</b> KP VA Standard Silver 3000 Ded/CSR/Vision	<b>E</b> KP VA Standard Silver 0 Ded/CSR-B/Vision	<b>E</b> KP VA Standard Silver 0 Ded/CSR-A/Vision
<b>Tipo de plan</b>	<b>Deductible</b>	<b>Copago</b>	<b>Copago</b>
Deductible anual de servicios médicos (individual/familiar)	\$3,000/\$6,000	Ninguno/Ninguno	Ninguno/Ninguno
<b>Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)</b>			
\$7,350/\$14,700			
<b>Beneficios</b>			
<b>Atención virtual</b>			
Consultas electrónicas, por chat, por correo electrónico, por teléfono y por video	Sin costo	Sin costo	Sin costo
<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	\$35 (no se aplica para los niños menores de 5 años)	\$15 (no se aplica para los niños menores de 5 años)	\$5 (no se aplica para los niños menores de 5 años)
Visita al consultorio de atención especializada	\$55	\$40	\$15
La mayoría de las radiografías	\$55	\$40	\$15
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$40	\$40	\$5
Resonancias magnéticas nucleares (RMN), tomografías computarizadas (TC) y tomografías por emisión de positrones (TEP)	35 % después del deducible	35 %	15 %
Cirugía ambulatoria	35 % después del deducible	35 %	15 %
Consulta de salud mental	\$35 (terapia individual)	\$15 (terapia individual)	\$5
<b>Atención para pacientes hospitalizados</b>			
Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	35 % después del deducible	35 %	15 %
<b>Maternidad</b>			
Consultas rutinarias de atención prenatal, primera consulta posparto	Sin costo	Sin costo	Sin costo
Parto y cuidados de bienestar infantil para pacientes hospitalizados	35 % después del deducible	35 %	15 %
<b>Atención de emergencia y de urgencia</b>			
Visita al Departamento de Emergencias	35 % después del deducible	35 %	15 %
Visita de atención de urgencia	\$55	\$40	\$15
<b>Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)</b>			
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$25*	\$15*	\$5*
La mayoría de los medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$60*	\$60*	\$10*
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	40 % después del deducible	40 %	40 %
Medicamentos especializados (Nivel 4)	50 % después del deducible	50 %	50 %
<b>Salud integral</b>			
Servicios para mantenerse sano	Los exámenes de la vista están incluidos en su plan. Acuda a nuestros centros de servicios ópticos para obtener sus anteojos y lentes de contacto. Visite <a href="http://kp2020.org">kp2020.org</a> (en inglés) para obtener más información.		
	Explore nuestra gran variedad de recursos de cuidado personal diseñados para ayudarle a que viva bien en mente, cuerpo y espíritu. Visite <a href="http://kp.org/selfcare">kp.org/selfcare</a> (haga clic en "Español") para obtener más información.		

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

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

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

## Planes de reducción del costo compartido

Debe cumplir los requisitos e inscribirse en los planes de CSR en CuidadoDeSalud.gov.

Resumen de beneficios	<b>E</b> KP VA Silver Virtual Forward 2500 Ded/CSR	<b>E</b> KP VA Silver Virtual Forward 500 Ded/CSR	<b>E</b> KP VA Silver Virtual Forward 0 Ded/CSR
<b>Tipo de plan</b>	<b>Deductible</b>	<b>Deductible</b>	<b>Copago</b>
Deductible anual de servicios médicos (individual/familiar)	\$2,500/\$5,000	\$500/\$1,000	Ninguno/Ninguno
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$7,800/\$15,600	\$3,000/\$6,000	\$1,200/\$2,400
<b>Beneficios</b>			
<b>Atención virtual</b>			
Consultas electrónicas, por chat, por correo electrónico, por teléfono y por video	Sin costo	Sin costo	Sin costo
<b>Atención preventiva</b>			
Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.	Sin costo	Sin costo	Sin costo
<b>Servicios para pacientes ambulatorios (por consulta o procedimiento)</b>			
Visita al consultorio de atención primaria	Atención virtual sin cargo; la primera consulta en persona es sin cargo, y las consultas en persona adicionales cuestan \$45 después del deducible <sup>††</sup>	Atención virtual sin cargo; la primera consulta en persona es sin cargo, y las consultas en persona adicionales cuestan \$35 después del deducible <sup>††</sup>	Atención virtual sin cargo. Primera consulta en persona: sin cargo; consultas en persona adicionales: \$15 <sup>††</sup>
Visita al consultorio de atención especializada	\$65 después del deducible	\$55 después del deducible	\$40
La mayoría de las radiografías	20 % después del deducible	10 % después del deducible	5 %
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$65 después del deducible	\$55 después del deducible	\$40
Resonancias magnéticas nucleares (RMN), tomografías computarizadas (TC) y tomografías por emisión de positrones (TEP)	20 % después del deducible	10 % después del deducible	5 %
Cirugía ambulatoria	20 % después del deducible	10 % después del deducible	5 %
Consulta de salud mental	Atención virtual sin cargo; la primera consulta en persona es sin cargo, y las consultas en persona adicionales cuestan \$45 después del deducible <sup>††</sup>	Atención virtual sin cargo; la primera consulta en persona es sin cargo, y las consultas en persona adicionales cuestan \$35 después del deducible <sup>††</sup>	Atención virtual sin cargo. Primera consulta en persona: sin cargo; consultas en persona adicionales: \$15 <sup>††</sup>
<b>Atención para pacientes hospitalizados</b>			
Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	20 % después del deducible	10 % después del deducible	5 %
<b>Maternidad</b>			
Consultas rutinarias de atención prenatal, primera consulta posparto	Sin costo	Sin costo	Sin costo
Parto y cuidados de bienestar infantil para pacientes hospitalizados	20 % después del deducible	10 % después del deducible	5 %
<b>Atención de emergencia y de urgencia</b>			
Visita al Departamento de Emergencias	20 % después del deducible	10 % después del deducible	5 %
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)	\$5*	\$5*	Sin costo
La mayoría de los medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$50 después del deducible*	\$30 después del deducible*	\$20*
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	50 % después del deducible	40 % después del deducible	40 %
Medicamentos especializados (Nivel 4)	50 % después del deducible	50 % después del deducible	50 %
<b>Salud integral</b>			
Servicios para mantenerse sano	Los exámenes de la vista están incluidos en su plan. Acuda a nuestros centros de servicios ópticos para obtener sus anteojos y lentes de contacto. Visite <a href="http://kp2020.org">kp2020.org</a> (en inglés) para obtener más información. Explore nuestra gran variedad de recursos de cuidado personal diseñados para ayudarle a que viva bien en mente, cuerpo y espíritu. Visite <a href="http://kp.org/selfcare">kp.org/selfcare</a> (haga clic en "Español") para obtener más información.		

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

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

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

# Conozca su tarifa



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

## ¿Cómo se determina la tarifa?

### La tarifa se basa en lo siguiente:

- el plan que elija;
- el lugar donde viva, es decir, el condado y código postal;
- su edad en la fecha de inicio del plan (fecha de vigencia);
- si califica para recibir asistencia financiera federal. Visite [buykp.org](http://buykp.org) (haga clic en "Español") o llámenos al **1-800-494-5314 (TTY 711)** para saber si cumple con los requisitos;
- si agrega una cláusula dental optativa para familiares de 19 años o más.

## ¿Le interesa un plan familiar?

Encuentre la tarifa para cada familiar, de acuerdo con su edad en la fecha de inicio del plan.

Los familiares incluyen a las siguientes personas:

- usted;
- su cónyuge o pareja doméstica;
- todos los hijos adultos de 21 a 25 años;
- sus 3 hijos mayores que sean menores de 21 años.

Si tiene más de 3 hijos menores de 21 años de edad, solo tendrá que pagar por los 3 mayores. Los demás hijos menores de 21 años contarán con cobertura sin cargo.

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

### Códigos postales para Virginia

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

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

# Centros médicos de Kaiser Permanente



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

## Maryland

- 1 Abingdon Medical Center
- 2 Annapolis Medical Center
- 3 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



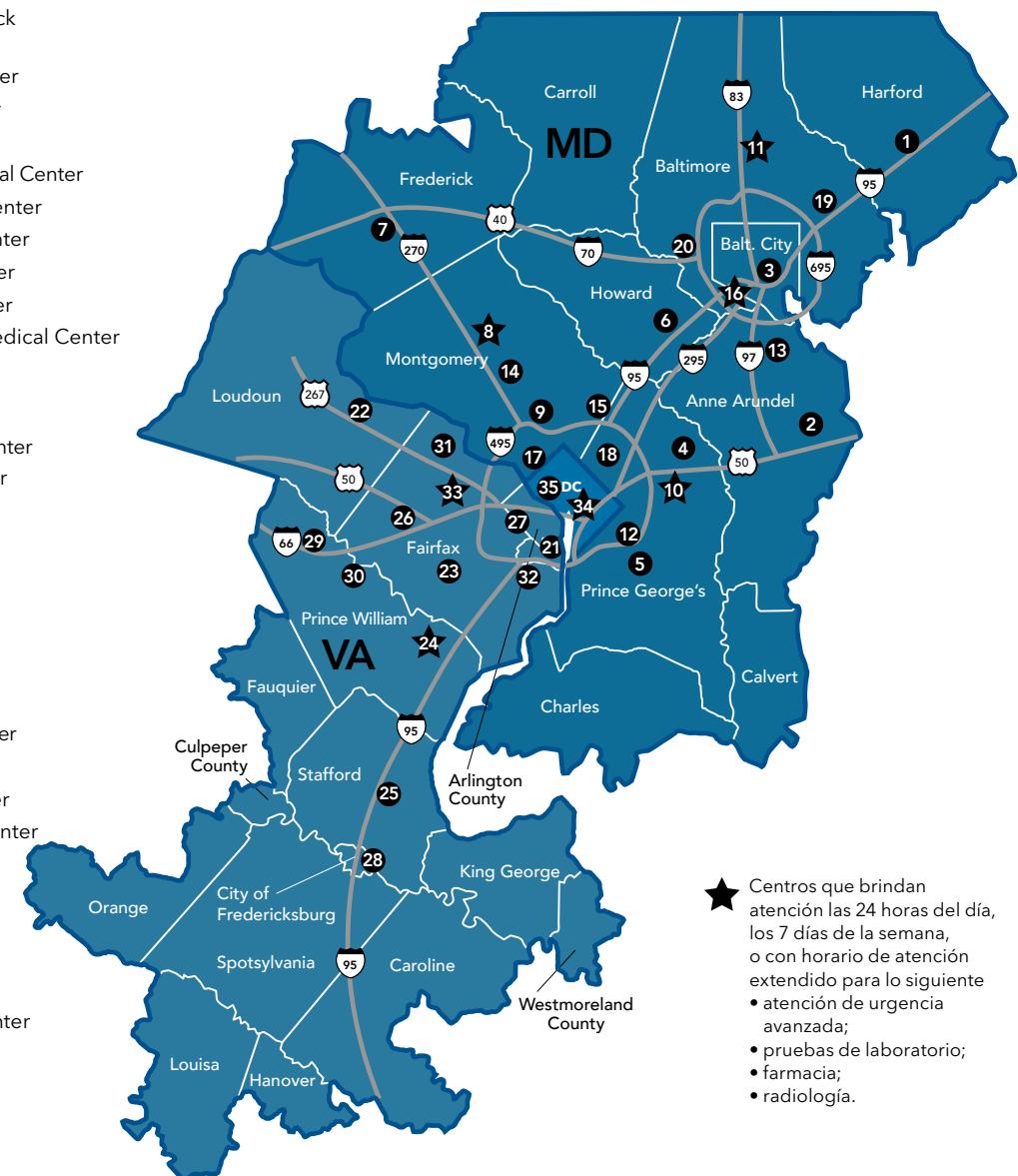
- 17 West Hyattsville Medical Center
- 18 White Marsh Medical Center
- 19 Woodlawn Medical Center

## Virginia

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

## Washington, DC

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



★ 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 actualizada de centros de atención y servicios disponibles, visite [kp.org/ubicaciones](http://kp.org/ubicaciones).

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, 20148, 20181, 20184, 20185, 20186, 20187, 20188, 20189, 22406, 22556, 22639, 22642, 22643, 22720, 22728 y 22739.

# Detalles y avisos importantes

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

## Virginia

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

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

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

- esté autorizada por escrito por la persona;
- esté realizada a una institución de atención médica o profesional de la salud para los siguientes fines:
  - verificar la cobertura o las prestaciones del seguro;
  - informar a una persona de un problema médico del que tal vez no sea consciente;
  - realizar una auditoría de operaciones o servicios, siempre que la información se divulgue solo en la medida en que sea razonablemente necesario para cumplir los fines anteriores;
- esté realizada ante una autoridad reguladora de seguros;

- esté realizada ante una autoridad policial u otra autoridad gubernamental para proteger los intereses de Kaiser Permanente en la prevención o el enjuiciamiento de la comisión de fraude en su contra;
- según lo permita la ley aplicable.

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

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

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

# Beneficios, exclusiones y limitaciones

## Exclusiones médicas

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

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

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

Los siguientes servicios están excluidos de la cobertura:

### 1. Servicios médicos alternativos:

- a. acupuntura;
- b. medicina holística;
- c. medicina homeopática;
- d. hipnosis;
- e. aromaterapia;
- f. masajes y masoterapia;
- g. terapia reiki;
- h. productos o terapias a base de hierbas, vitaminas o dietéticos;
- i. naturopatía;
- j. termografía;
- k. terapia ortomolecular;
- l. análisis por contacto reflejo;

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

### 2. Ciertos exámenes y servicios:

Exámenes físicos y otros servicios:

- a. necesarios para conseguir o conservar un empleo o para participar en programas para empleados;
- b. necesarios para seguros, licencias o determinación de discapacidad; o por orden judicial o necesarios para la libertad condicional o la libertad vigilada.

### 3. Servicios estéticos:

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

Algunos ejemplos de servicios estéticos son la dermatología estética, los servicios de cirugías estéticas y los servicios dentales estéticos.

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

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

#### **5. Atención de custodia**

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

#### **6. Atención dental**

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

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

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

#### **8. Equipo médico duradero**

A excepción de los equipos que cubriríamos específicamente.

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

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

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

Servicios o suministros, incluidos aquellos que se determine que están relacionados con servicios experimentales o de investigación, independientemente de que se reciban antes, durante o después de que obtener el servicio o suministro experimental o de investigación.

Un servicio o suministro es experimental o de investigación para su condición si es posible hacer alguna de las siguientes afirmaciones en el momento en el que usted reciba o recibirá el servicio:

- a. No se puede comercializar legalmente en los Estados Unidos sin la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (*Food and Drug Administration*, FDA) y no se le ha otorgado dicha aprobación.
- b. Es objeto de una solicitud de nuevo medicamento o nuevo dispositivo presentada ante la FDA, y la FDA no ha concedido la autorización.
- c. Está sujeto a la autorización o revisión de un Comité Institucional de Revisión (*Institutional Review Board*, IRB) del centro de tratamiento que autoriza o revisa las investigaciones relativas a la seguridad, toxicidad o eficacia de los servicios.
- d. Es el tema de un protocolo escrito usado por el centro de atención para investigaciones, ensayos clínicos u otras pruebas o estudios con el fin de evaluar su nivel de seguridad, efectividad, toxicidad o eficacia, como se indica en el protocolo en sí o en el formulario de consentimiento por escrito que emplea el centro.

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

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

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

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

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

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

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

#### **13. Dispositivos Protésicos y Ortésicos.**

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

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

Excepto cuando son necesarios desde el punto de vista médico.

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

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

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

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

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

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

## **Limitaciones médicas**

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

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

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

Por motivos personales, algunos miembros podrían negarse a aceptar los servicios recomendados por su médico del plan para una condición en particular.

Si usted se niega a aceptar los servicios recomendados por su médico del plan, este profesional le informará si no hay otra alternativa aceptable desde el punto de vista profesional. Usted puede obtener una segunda opinión de otro médico del plan.

## **Exclusiones de farmacia**

No cubrimos lo siguiente:

1. Medicamentos para los cuales la ley no exija una receta, excepto los medicamentos de venta libre que recete un proveedor del plan y que estén incluidos en nuestra lista de medicamentos cubiertos.
2. Preparaciones de compuestos que no contengan al menos un (1) ingrediente que requiera receta médica y que no se mencionen en nuestra lista de medicamentos cubiertos.
3. Medicamentos para llevar a casa recibidos en un hospital, un centro de enfermería especializada u otro centro similar.
4. Medicamentos que se consideren experimentales o de investigación.
5. Medicamentos que puedan obtenerse sin receta o para los que haya una alternativa de venta libre que sea el equivalente químico (es decir, el mismo ingrediente activo y la misma dosis) del medicamento recetado, a menos que lo prohíban de alguna manera las leyes federales o estatales que rigen los beneficios de salud esenciales.
6. Medicamentos que, por ley, el miembro no esté obligado a pagar o que no se cobren.

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

## Limitaciones de farmacia

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

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

un medicamento recetado completo y el costo compartido proporcional del monto efectivamente recibido.

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

1. la dosis recetada;
2. el tamaño estándar del paquete del fabricante; 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 prorratoeado si se cumplen las siguientes condiciones:

1. El médico que emite la receta o el farmacéutico determinan que lo mejor para el miembro es proporcionar un suministro parcial del medicamento recetado.
2. El miembro solicita o acepta un suministro parcial para sincronizar el surtido de sus medicamentos recetados.

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

Para los medicamentos de mantenimiento, los miembros pueden obtener un suministro de hasta noventa (90) días con una sola receta,

cuando lo autorice el proveedor del plan que emite la receta, un dentista o un médico al que lo hayan referido. Esto no se aplica a la primera receta ni al cambio en una receta. El suministro diario se basa en lo siguiente:

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

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

## Exclusiones dentales

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

1. Cualquier procedimiento no mencionado en este plan.
2. Servicios que, según la opinión del dentista a cargo, no sean necesarios para la salud dental del miembro.
3. Procedimientos o servicios dentales llevados a cabo únicamente con fines estéticos o que no sean necesarios desde el punto de vista odontológico o médico, a menos que el miembro tenga el plan estético adicional Ortho Plus Plan y los servicios se incluyan en las pautas de beneficios de dicho plan.
4. Cualquier servicio o aparato dental que se haya determinado que no es razonable o necesario para mantener o mejorar su salud dental o la de su dependiente, según lo determine el plan conforme a los estándares de atención dental generalmente aceptados.
5. Procedimientos opcionales, incluida la extracción profiláctica de los terceros molares.

6. Reemplazo de dentaduras postizas, coronas, aparatos o puentes dañados, robados o que se hayan perdido, salvo que esto se indique de alguna otra manera como un servicio cubierto.
7. Servicios dentales proporcionados o pagados por una agencia o autoridad del Gobierno federal o estatal, una subdivisión política u otro programa público diferente de Medicaid o Medicare.
8. Los servicios para restaurar la estructura dental debido a desgaste, erosión o abrasión.
9. 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.
10. Los procedimientos, los aparatos o la restauración para corregir malformaciones congénitas o del desarrollo.
11. 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.
12. Servicios dentales que se reciban en un entorno de atención de emergencia para condiciones que no sean emergencias si el suscriptor, de manera razonable, debería haber sabido que no se trataba de una situación de atención de emergencia.
13. Brackets compuestos o de cerámica, adaptación lingual de bandas ortodónticas y otras alternativas especializadas o estéticas en lugar de aparatos de ortodoncia estándar, fijos y extraíbles. Los servicios de Invisalign están excluidos de los beneficios de ortodoncia.
14. Citas a las que no asistió o que se cancelaron, a menos que se especifiquen como un servicio cubierto.

## 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](http://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 el mismo día o al siguiente pueden estar disponibles por un costo adicional. Estos servicios no están cubiertos por los beneficios de su plan de salud y es posible que estén limitados a farmacias, zonas y medicamentos recetados específicos. Los tiempos límite de los pedidos y los días de entrega pueden variar según la ubicación de la farmacia. Kaiser Permanente no es responsable de las demoras en la entrega por parte del servicio encargado del envío. Kaiser Permanente puede interrumpir los servicios de entrega de medicamentos recetados el mismo día y al siguiente en cualquier momento y sin previo aviso. También pueden aplicarse otras restricciones. Los beneficiarios de Medi-Cal y Medicaid deberán solicitar más información sobre la entrega de medicamentos recetados en la farmacia. **4.** Si recibe atención de urgencia en una clínica MinuteClinic® de CVS o en un centro de Concentra, se le cobrará el copago o coseguro estándar. **5.** Es posible que tenga que pagar por algunas clases. **6.** Los servicios mencionados anteriormente no son beneficios cubiertos por su plan de salud ni están sujetos a los términos establecidos en la *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* u otros documentos del plan. Estos servicios pueden interrumpirse en cualquier momento y sin previo aviso. **7.** Calificaciones en el Conjunto de Datos e Información sobre la Eficacia de la Atención Médica (*Healthcare Effectiveness Data and Information Set, HEDIS®*) 2024 de Kaiser Permanente. Los datos de referencia fueron proporcionados por Quality Compass® del Comité Nacional de Garantía de Calidad (*National Committee for Quality Assurance, NCQA*) y representan todas las líneas comerciales. El Departamento de Calidad de la Atención y el Servicio de Kaiser Permanente proporcionó las calificaciones regionales combinadas de Kaiser Permanente. Los datos que aparecen en esta publicación fueron proporcionados por Quality Compass 2024 y se usan con permiso del NCQA. Quality Compass 2024 incluye ciertos datos de la Evaluación del Consumidor de Proveedores y Sistemas de Atención Médica (*Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems, CAHPS*). Cualquier presentación, análisis, interpretación o conclusión que se base en estos datos pertenece de manera exclusiva a los autores; el NCQA se exime específicamente de toda responsabilidad por tal presentación, análisis, interpretación o conclusión. Quality Compass® y HEDIS® son marcas comerciales registradas del NCQA. CAHPS® es una marca comercial registrada de la Agency for Healthcare Research and Quality (Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud). **8.** American Heart Association (Asociación Americana del Corazón)/American Stroke Association (Asociación Americana de Ataques Cerebrales), 11 de julio de 2024. **9.** Para ver una lista completa de los servicios que puede pagar con su HSA, consulte la Publicación 502, *Gastos médicos y dentales*, en [irs.gov/es](http://irs.gov/es). **10.** Los mapas y los centros de atención están sujetos a cambios.



## **NONDISCRIMINATION NOTICE**

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc. (Kaiser Health Plan) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people or treat them differently on the basis of race, color, national origin (including limited English proficiency and primary language), age, disability, or sex (including sex characteristics, intersex traits; pregnancy or related conditions; sexual orientation; gender identity, and sex stereotypes).

Kaiser Health Plan:

- Provides no cost aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats, such as large print, audio, braille and accessible electronic formats
- Provides no cost language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need these services, call **1-800-777-7902 (TTY: 711)**

If you believe that Kaiser Health Plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance by mail or phone at: Kaiser Permanente, Appeals and Correspondence Department, Attn: Kaiser Civil Rights Coordinator, 4000 Garden City Drive, Hyattsville, MD 20785, telephone number: 1-800-777-7902.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

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

---

## **HELP IN YOUR LANGUAGE**

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

**አማርኛ (Amharic)** ቴክኒክ: አማርኛ የሚገኘው ከሆነ ተገብር የሆኑ ለማቅረብ እና አገልግሎቶችን ማምራ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶች በላይ ይገኘለ:: በ **1-800-777-7902** ይደውሉ (TTY: 711)::

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

**Bàsòò Wùdqù (Bassa) Mbi sog:** nia maa Bàsàà, njàl mbom a ka maa njàng ndol ni mbom mi tsoñ ni soñ, niñ ma kénñen yé, mbi èyem. Wó nàñ **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)** (تلفن متنی) تماس بگیرید.

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

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

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

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

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

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

**Naabéehó (Navajo) DÍÍ BAA AKÓ NÍNÍZIN:** Díí saad bee yánílti'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' hódiílnih **1-800-777-7902 (TTY: 711)**.

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

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

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

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

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

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

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

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

## Notas

## Notas

## Guía de inscripción de Virginia para 2026

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.

