

DED 750/20%/20%/3000
Detalles de Acumulación

El periodo de acumulación es por año calendario y el tipo de acumulación es incorporado.

Detalles sobre Deducibles y Gastos Máximos de Bolsillo

Los montos del costo compartido que cuentan para el deducible se muestran a continuación.

En el caso de los servicios que se aplican para el gasto máximo de bolsillo del plan, usted no pagará ningún costo compartido por el resto del periodo de acumulación una vez que haya alcanzado los montos que se presentan a continuación.

Deducibles	Proveedores Participantes
Deducible individual por año (por una familia de un solo miembro)	\$1000
Deducible individual por cada familiar por año (por cada miembro de una familia de dos o más miembros)	\$1000
Deducible familiar por año (por una familia completa)	\$2000

Gastos Máximos de Bolsillo¹	Proveedores Participantes
Gasto máximo de bolsillo individual por año (por una familia de un solo miembro)	\$2800
Gasto máximo de bolsillo individual por cada familiar por año (por cada miembro de una familia de dos o más miembros)	\$2800
Gasto máximo de bolsillo familiar por año (por una familia completa)	\$5600

Servicios profesionales	Proveedores Participantes
Visita al consultorio de atención médica primaria ²	\$5 por las primeras 3 consultas; luego, \$30 por las consultas adicionales en el mismo año
Visita al consultorio de atención especializada	\$50 por consulta
Telesalud ²	\$0
Exámenes físicos de rutina, incluidos los exámenes para el bienestar de la mujer	Sin costo
Exámenes preventivos de bienestar infantil (hasta los 23 meses de edad)	Sin costo
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla	\$50 (40 consultas por terapia por año)

Servicios para pacientes ambulatorios	Proveedores Participantes
Consultas por cirugía ambulatoria y algunos otros procedimientos ambulatorios	Coseguro del 20 % después del deducible
Radiografías de diagnóstico	Coseguro del 20 %
Servicios de laboratorio	Coseguro del 20 %
Radiografías preventivas, pruebas de detección y análisis de laboratorio	Sin costo
Imágenes diagnósticas avanzadas (tomografía computarizada [TC], imágenes por resonancia magnética [IRM], tomografía por emisión de positrones [TEP])	Coseguro del 20 % después del deducible
Consulta por quimioterapia o radioterapia	Coseguro del 20 % después del deducible

Hospitalización y Servicios de Emergencia	Proveedores Participantes
Atención de urgencia	\$70 por consulta
Habitación y alimentación en el hospital, cirugía, anestesia, radiografías, análisis de laboratorio y medicamentos	Coseguro del 20 % después del deducible
Servicios de ambulancia	Coseguro del 20 % después del deducible
Visitas al Departamento de Emergencias (Emergency)	Coseguro del 20 % después del deducible

Cobertura de Medicamentos	Proveedores Participantes
Farmacias minoristas (suministro de hasta 30 días)	Farmacia de Kaiser Permanente: genéricos: \$5; de marca: \$50; no preferidos: \$100; especializados: \$150
Medicamentos recetados de pedido por correo (suministro de hasta 90 días)	Farmacia de Kaiser Permanente: dos copagos al costo compartido de venta al por menor
Medicamentos administrados, incluidas las inyecciones (todos en entornos ambulatorios)	Coseguro del 20 % después del deducible
Inyecciones para las alergias (incluido el suero contra alergias)	\$10 por consulta
Vacunas	Sin costo

Cuidados de maternidad	Proveedores Participantes
Exámenes programados de atención prenatal y consulta posparto	Sin costo
Laboratorio	Coseguro del 20 %
Rayos X, imágenes diagnósticas y procedimientos especiales de diagnóstico	Coseguro del 20 %
Servicios de hospital para el parto y el nacimiento	Coseguro del 20 % después del deducible

Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME)	Proveedores Participantes
Equipo médico duradero	Coseguro del 20 % después del deducible
Dispositivos protésicos y ortopédicos	Coseguro del 20 % después del deducible

Servicios de salud mental	Proveedores Participantes
Atención psiquiátrica como paciente hospitalizado	Coseguro del 20 % después del deducible
Consultas de terapia individual para pacientes ambulatorios ²	\$5 por las primeras 3 consultas; luego, \$30 por las consultas adicionales en el mismo año

Tratamiento del Trastorno por Uso de Sustancias	Proveedores Participantes
Desintoxicación para pacientes hospitalizados	Coseguro del 20 % después del deducible
Consultas de terapia individual para pacientes ambulatorios ²	\$5 por las primeras 3 consultas; luego, \$30 por las consultas adicionales en el mismo año

Servicios de Salud Domiciliaria	Proveedores Participantes
Atención médica a domicilio	Coseguro del 20 % después del deducible (hasta 130 consultas por año)

Atención alternativa	Proveedores Participantes
Monto máximo de beneficios	No corresponde
Atención de acupuntura	\$40 por consulta hasta 12 consultas por año calendario
Atención quiropráctica	\$40 por consulta hasta 20 consultas por año calendario
Terapia de masajes	\$40 por consulta hasta 12 consultas por año calendario
Medicina neuropática ²	\$5 por las primeras 3 consultas; luego, \$30 por las consultas adicionales en el mismo año

Otros Servicios Profesionales	Proveedores Participantes
Centro de enfermería especializada	Coseguro del 20 % después del deducible (hasta 60 consultas por año)
Cuidados paliativos	Sin costo
Diagnóstico de fertilidad	\$50
Análisis de fertilidad	Coseguro del 20 % después del deducible
Tratamiento para la fertilidad	Coseguro del 20 % después del deducible
Atención bariátrica	Se cubre
Audífonos para adultos	No está cubierto
Audífonos pediátricos	Coseguro del 20 % (1 por oído cada 36 meses)

Servicios para la Vista	Proveedores Participantes
Examen de la vista pediátrico	\$30 por consulta
Examen de la vista para adultos	\$30 por consulta
Artículos para la visión pediátricos	No está cubierto
Artículos para la visión para adultos	No está cubierto

- ¹ Consulte su Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) para conocer los beneficios que podrían no aplicarse para el gasto máximo de bolsillo.
- ² Las primeras 3 visitas son cualquier combinación de servicios en persona o de telemedicina para servicios médicos de atención primaria no especializada, servicios de salud del comportamiento ambulatorios, medicina naturopática o servicios ambulatorios para trastorno por abuso de sustancias.

El plan está sujeto a exclusiones y limitaciones. Se incluye una lista completa de las exclusiones y limitaciones en la Evidencia de Cobertura (EOC). Se pueden proporcionar EOC de muestra bajo solicitud, o bien, puede ingresar a kp.org/plandocuments (haga clic en "Español")

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicio a los Miembros (de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.) o visite **kp.org/espanol**.

Todas las áreas restantes: al 1-800-813-2000, TTY, todas las áreas: 711. Servicios de interpretación de idiomas, todas las áreas: 1-800-324-8010

Esto no es un contrato. Este resumen de beneficios condensado no describe por completo su cobertura de beneficios con Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest. Para obtener más detalles de la cobertura de beneficios, la revisión de reclamos y los procedimientos de adjudicación, consulte su EOC o llame a Servicio a los Miembros. En caso de que exista una discrepancia entre este resumen y la EOC, la EOC prevalecerá.

Aviso de no discriminación

Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (Kaiser Health Plan) cumple con las leyes federales y estatales de derechos civiles correspondientes y no discrimina, excluye ni trata diferente a las personas por motivos de raza, color, país de origen (incluido el dominio limitado del inglés), edad, discapacidad o sexo (incluidas características sexuales, rasgos intersexuales, embarazo o condiciones relacionadas, orientación sexual, identidad de género y estereotipos de género).

Kaiser Health Plan:

- Brinda a las personas con discapacidad modificaciones razonables y servicios y dispositivos auxiliares adecuados sin costo alguno para comunicarse con nosotros eficazmente, tales como:
 - intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - información escrita en otros formatos, tales como letra grande, audio, braille y formatos electrónicos accesibles.
- Proporciona servicios de idiomas sin costo a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como:
 - intérpretes calificados
 - información por escrito en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame a Servicio a los Miembros (Member Services) al **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Si cree que Kaiser Health Plan no le brindó estos servicios o le discriminó de alguna otra forma por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja formal ante nuestro coordinador de Derechos Civiles por correo postal, teléfono o fax. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, nuestro coordinador de Derechos Civiles puede brindársela. Puede ponerse en contacto con nuestro coordinador de Derechos Civiles en:

Member Relations Department
Attention: Kaiser Civil Rights Coordinator
500 NE Multnomah St., Suite 100
Portland, OR 97232-2099
Fax: **1-855-347-7239**

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) de forma electrónica por medio del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, que está disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
Teléfono: **1-800-368-1019**
TDD: **1-800-537-7697**

Los formularios de queja están disponibles en www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Para miembros de Washington:

También puede presentar una queja ante la Oficina del Comisionado de Seguros del Estado de Washington (Washington State Office of the Insurance Commissioner) de manera electrónica por medio del portal de quejas de la Oficina del Comisionado de Seguros, disponible en <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, o por teléfono en **1-800-562-6900**, o **360-586-0241** (TDD). Los formularios de reclamación están disponibles en <https://fortress.wa.gov/oic/onlineServices/cc/pub/complaintinformation.aspx>.

Este aviso está disponible en

<https://healthy.kaiserpermanente.org/oregon-washington/language-assistance/nondiscrimination-notice>
(haga clic en "Español")

ATTENTION: If you speak English, language assistance services including appropriate auxiliary aids and services, free of charge, are available to you. Call **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

አማርኛ (Amharic) ትኩረት: አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ ተገቢ የሆኑ ረዳት መርጃዎችን እና አገልግሎቶችን ጨምሮ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶች በነጻ ይገኛሉ። በ **1-800-813-2000** ይደውሉ (TTY: **711**)።

العربية (Arabic) تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية بما في ذلك من وسائل المساعدة والخدمات المناسبة بالمجان. اتصل بالرقم **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

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 **1-800-813-2000** (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 **1-800-813-2000** (TTY: **711**) تماس بگیرید.

Français (French) ATTENTION : si vous parlez français, des services d'assistance linguistique comprenant des aides et services auxiliaires appropriés, gratuits, sont à votre disposition. Appelez le **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen die Sprachassistentz mit entsprechenden Hilfsmitteln und Dienstleistungen kostenfrei zur Verfügung. Rufen Sie **1-800-813-2000** an (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。 **1-800-813-2000** までお電話ください (TTY: **711**)。

ខ្មែរ (Khmer) យកចិត្តទុកដាក់: បើអ្នកនិយាយខ្មែរ សេវាជំនួយភាសា រួមទាំងជំនួយនិងសេវាសមស្រប ដោយឥតគិតថ្លៃ មានចំពោះអ្នក។ ហៅ **1-800-813-2000** (TTY: **711**)។

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 구사하실 경우, 필요한 보조 기기 및 서비스가 포함된 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다. **1-800-813-2000** 로 전화해 주세요 (TTY: **711**).

ລາວ (Laotian) ເອົາໃຈໃສ່: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ລວມທັງອຸປະກອນ ແລະ ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ເໝາະສົມ ຈະມີໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທ **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Afaan Oromoo (Oromo) XIYYEEFFANNOO: Yoo Afaan Oromo dubbattu ta'e, Tajaajila gargaarsa afaanii, gargaarsota dabalataa fi tajaajiloota barbaachisoo kaffaltii irraa bilisa ta'an, isiniif ni jira. **1-800-813-2000** irratti bilbilaa (TTY:- **711**)

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi) ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਯੋਗ ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1-800-813-2000** (TTY:- **711**)।

Română (Romanian) ATENȚIE: Dacă vorbiți română, vă sunt disponibile gratuit servicii de asistență lingvistică, inclusiv ajutoare și servicii auxiliare adecvate. Sunați la **1-800-813-2000** (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 **1-800-813-2000** (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 **1-800-813-2000** (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 **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

ไทย (Thai) โปรดทราบ: หากท่านพูดภาษาไทย ท่านสามารถขอรับบริการช่วยเหลือด้านภาษา รวมทั้งเครื่องช่วยเหลือและบริการเสริมที่เหมาะสมได้ฟรี โทร **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Українська (Ukrainian) УВАГА! Якщо ви володієте українською мовою, вам доступні безкоштовні послуги з мовної допомоги, включно із відповідною додатковою допомогою та послугами. Зателефонуйте за номером **1-800-813-2000** (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 **1-800-813-2000** (TTY: **711**).