

Encuentre la atención que necesita

Estamos aquí para ayudarle a vivir bien





Encuentre su versión más saludable

Le ayudamos a obtener atención médica, desde el lugar donde se encuentre. La atención en Kaiser Permanente es más fácil y rápida gracias a los cuidadores conectados, a otras maneras de recibir atención y al apoyo a su salud integral. Bienvenido a la atención médica que se adapta a usted.

Fechas importantes relacionadas con el periodo de inscripción abierta para 2022

- El periodo de inscripción abierta para la cobertura de 2022 se extiende desde el 1 de noviembre de 2021 hasta el 31 de enero de 2022.
- Puede cambiar o solicitar la cobertura por medio de Kaiser Permanente, o podemos ayudarle a realizar la solicitud por medio de DC Health Link.
- Para la cobertura que inicia el 1 de enero de 2022, debemos recibir su solicitud y la prima del primer mes a más tardar el 15 de diciembre de 2021.

Cómo inscribirse durante un periodo de inscripción especial

- ¿Va a casarse, mudarse o a 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.
- Visite kp.org/inscripcionespecial para consultar la lista de eventos calificados de vida y las instrucciones.

¿Necesita hablar con alguien? Estamos aquí para ayudarle.

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



Un servicio diseñado para facilitarle la vida

Kaiser Permanente combina atención y cobertura, lo que nos diferencia de otras opciones de atención médica. Los médicos, hospitales y planes de salud están coordinados para facilitar el acceso a una atención médica de calidad. Eso significa que tendrá la tranquilidad de saber que la atención de su salud integral está disponible cuando y donde la necesite, desde el consultorio de su médico hasta la sala de su casa.

Ingrese a kp.org/destinosalud para saber cuáles son los beneficios de ser miembro.



Atención enfocada en usted

En Kaiser Permanente, la atención es personalizada. Los equipos dirigidos por médicos trabajan conjuntamente para garantizar que la atención que reciba se adapte a sus necesidades. Los equipos de atención de Kaiser Permanente forman parte de la misma red, de manera que es más fácil compartir información, consultar sus antecedentes de salud y brindarle atención personalizada y de alta calidad, cuando y donde la necesite.

La atención que necesita debe adaptarse a usted

Creemos que lo que ha vivido, su historia y sus valores son tan importantes como sus antecedentes de salud. Para ayudar a brindar una atención que sea sensible a su cultura, etnia y estilo de vida:

- Contratamos médicos y personal que hablen más de un idioma.
- Ofrecemos servicios de interpretación por teléfono en más de 150 idiomas.
- Mejoramos los resultados de salud en diversas poblaciones para condiciones médicas como la presión arterial alta, la diabetes y el cáncer de colon.¹

Reciba atención médica gracias a la historia clínica electrónica



Comparta sus antecedentes de salud y cualquier duda con su médico personal.



Su médico coordina su atención, para que usted no deba preocuparse sobre a dónde ir o a quién llamar después.



Los equipos de atención que lo atenderán en el futuro tendrán un panorama completo de sus antecedentes de salud con Kaiser Permanente, así que no tendrá que repetir esa información.



Con su historia clínica en la mano, su equipo de atención conoce sus necesidades en el momento y le recuerda que debe programar los exámenes médicos y las pruebas. Además, usted puede ver sus registros, 24 horas al día, 7 días a la semana.

Maneras convenientes de obtener lo que necesita

Ahora cuenta con más formas de obtener atención de calidad que nunca, por lo que es más fácil estar al tanto de su salud.



Consulta por video o teléfono

Programe una visita de video cara a cara o una consulta telefónica con un equipo de profesionales de atención de Kaiser Permanente y cualquier especialista al que haya sido referido.^{2,9}



Atención médica en persona

Ofrecemos servicios el mismo día, al día siguiente, fuera del horario de atención y los fines de semana en muchas de nuestras ubicaciones.³



Correo electrónico

Envíe un mensaje al consultorio de su médico de Kaiser Permanente si tiene preguntas que no sean urgentes y reciba una respuesta, por lo general, en un plazo de 2 días hábiles.



Entrega de medicamentos recetados

Use la aplicación de Kaiser Permanente para surtir las recetas por correo o recójalos el mismo día.⁴



Consejos las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Reciba ayuda cuando la necesite y consejos de salud por teléfono las 24 horas del día, los 7 días de la semana.



Consulta electrónica

Use el verificador de síntomas en línea para determinadas condiciones y reciba consejos de atención personalizada dentro de unas cuantas horas.



Cómo obtener atención cuando viaja

Usted cuenta con cobertura de atención de emergencia en cualquier parte del mundo. Cuando está fuera del área de Kaiser Permanente, puede recibir atención de urgencia de cualquier proveedor, incluidos los centros de MinuteClinic (en determinadas tiendas CVS y Target) o los centros de atención de urgencia de Concentra.

La mayoría de los planes incluyen los servicios de telesalud sin ningún costo adicional⁵

Por años, la telesalud ha sido una parte importante de la forma en que brindamos atención, lo que facilita que nuestros miembros se conecten virtualmente para recibir atención durante la pandemia. Nuestros miembros hicieron 15 millones más de consultas en 2020 que en 2019.⁶



Calidad clínica líder en la industria

Somos reconocidos por detectar problemas de manera oportuna con atención preventiva. Cuando su salud necesite una consideración aun mayor, contará con atención especializada.

En 2020, Kaiser Permanente tuvo el mejor desempeño de todo el país en 34 medidas para determinar la eficacia de la atención. El competidor a nivel nacional más cercano fue líder en solo 17.⁷

ATENCIÓN INTEGRAL DE LA DIABETES



Atención médica especializada cuando la necesite

Sin importar cuáles sean sus necesidades (salud mental, maternidad, atención del cáncer, salud cardíaca y más), tendrá acceso a excelentes médicos, tecnología avanzada y atención basada en la evidencia para ayudarlo a recuperarse rápido.

Un enfoque integral en la atención

Con uno de los grupos médicos interdisciplinarios más grandes del país, podemos conectarlo con el especialista adecuado, quien elaborará un plan personalizado para su atención. Para saber cómo los especialistas trabajan en equipo dentro de un sistema conectado, visite kp.org/atencionespecializada.

Tratamiento para condiciones crónicas

Si tiene una enfermedad como diabetes o una enfermedad cardíaca, puede inscribirse en un programa de manejo de la afección para recibir asesoramiento personal y apoyo. Con un enfoque equilibrado respaldado por las mejores prácticas y una tecnología avanzada, le ayudaremos a obtener la atención médica que necesita para seguir viviendo la vida al máximo.

Una mejor experiencia desde el comienzo

Lo guiamos en cada paso del proceso para que se una a Kaiser Permanente y reciba la atención que necesita, sin demoras.



Revise los perfiles para encontrar el médico adecuado

Los perfiles en línea de nuestros médicos le permiten explorar la amplia lista de profesionales de la salud y centros disponibles en su área, incluso antes de inscribirse. Así puede unirse sabiendo que encontró un médico que se ajusta a sus necesidades.



Hacer la transición de su atención

Transfiera recetas fácilmente y programe una consulta con un médico que esté cerca de su hogar, trabajo o escuela. Desde el primer día, tendrá la ayuda necesaria para alcanzar sus metas de salud.



Conéctese con la atención en línea

Después de inscribirse, cree una cuenta en kp.org/espanol y descargue la aplicación de Kaiser Permanente.⁹ A continuación, administre su atención cuando y donde lo desee, y en los horarios que le convengan.

La atención médica no tiene por qué ser un tema complicado

No todos conocen la diferencia entre una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) y una cuenta de ahorros para gastos médicos (health savings account, HSA), no se preocupe. Tenga la tranquilidad de que estamos a su disposición para que pueda entender la atención médica de manera sencilla. Obtenga ayuda para aprender los aspectos básicos en kp.org/learnthebasics (haga clic en "Español").



Cómo aprovechar su membresía al máximo

Tener buena salud es más que ir al consultorio médico. Para encontrar la atención que necesita, explore algunas de las opciones convenientes y los beneficios adicionales que los miembros tienen a disposición.⁸ Muchos de estos recursos no tienen costo adicional.



Aplicación de Kaiser Permanente

Administre su salud las 24 horas del día, los 7 días de la semana: programe citas, envíe un correo electrónico al consultorio de su médico con preguntas que no sean urgentes, pida que se le vuelvan a surtir la mayoría de los medicamentos, consulte la mayoría de los resultados de las pruebas, lea las notas de su médico y más.⁹



Acupuntura, terapia de masajes, atención quiropráctica

Aproveche las tarifas reducidas para servicios que le ayudan a mantenerse sano.



Descuentos para miembros

Disfrute de descuentos en productos y servicios que pueden ayudarle a mantenerse sano, como membresías de gimnasios, masajes terapéuticos y más. Explore sus opciones en kp.org/choosehealthy (en inglés).



Programas para un estilo de vida saludable

Mejore su salud con programas en línea que le ayudarán a perder peso, dejar de fumar, reducir el estrés y mucho más.



Asesoría de bienestar

Hable por teléfono con un asesor de bienestar de manera personalizada para que le ayude a alcanzar sus metas de salud.

Más recursos para su salud integral



Use la meditación y la atención plena para fortalecer la resiliencia mental, reducir el estrés y mejorar la calidad del sueño.



Defina metas de salud mental, registre sus avances y reciba ayuda para controlar la depresión, la ansiedad y más.



Elija entre miles de videos de ejercicios a pedido y obtenga tarifas reducidas para clases en persona y mediante transmisiones en vivo.

Atención donde quiera que esté

Los miembros de Kaiser Permanente obtienen acceso a nuestros médicos y centros de atención, ubicados convenientemente cerca de lugares donde viven, trabajan y disfrutan de su tiempo libre. Además, aun cuando no pueda acudir a uno de nuestros centros de atención, podrá recibir la atención que necesita cuando la requiera.²

95 MILLONES

DE ENCUENTROS VIRTUALES

entre miembros y equipos de atención en 2020¹⁰



12.5

MILLONES

DE MIEMBROS

con cobertura para necesidades relacionadas con la mente y el cuerpo



23,597

MÉDICOS Y ESPECIALISTAS

conectados para compartir con facilidad los avances médicos más recientes



39 MILLONES

DE ENVÍOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS

a hogares de miembros en 2020, generalmente en un plazo de 3 a 5 días



763

HOSPITALES Y CONSULTORIOS MÉDICOS

que, a menudo, tienen muchos servicios en un mismo lugar para hacer trámites con rapidez



9

ÁREAS

para recibir atención en persona en centros de Kaiser Permanente: California, Colorado, Georgia, Hawái, Maryland, Oregón, Virginia, Washington y Washington D. C.



Una amplia selección de médicos y centros

Visite kp.org/medicos para ver todos los centros de Kaiser Permanente cercanos a usted y consultar los perfiles en línea de nuestros médicos. Puede elegir un médico personal y cambiarlo en cualquier momento, por cualquier motivo.



Elija su plan de salud

Ofrecemos una variedad de planes que se adaptan a sus necesidades y a su presupuesto. Todos ellos ofrecen la misma atención de calidad, pero la distribución de los costos es distinta.

Planes virtuales: gold y silver

Con un plan virtual, su prima mensual es más baja y comenzará la mayor parte de la atención con una consulta virtual. Reciba la atención médica de la forma que quiera. Puede elegir entre un chat virtual o una línea telefónica para recibir consejos disponibles en cualquier momento, consultas electrónicas, consultas por video programadas, consultas por teléfono o correos electrónicos para asuntos que no sean urgentes, sin costo adicional. Recibirá la atención y los medicamentos que necesite, o le brindaremos ayuda para recibir atención en persona.

Planes de copago: platinum y gold

Los planes con copagos son los más simples. Usted sabrá por adelantado cuánto va a pagar por la atención, como consultas médicas y medicamentos recetados. Este monto se llama copago. Su prima mensual es más alta, pero pagará mucho menos cuando reciba la atención.

Planes deducibles: gold, silver, bronze y catastrophic

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

Planes de salud con deducible alto que admiten una HSA: gold, silver y bronze

Los planes con deducible que admiten una HSA son planes con deducible con una característica especial. Con estos planes puede establecer una cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) para pagar sus costos de salud, como copagos, coseguros y pagos de deducible. Y no pagará impuestos federales sobre el dinero que está en esta cuenta. Puede usar su HSA en cualquier momento para pagar la atención, incluso para algunos servicios que quizá no estén cubiertos por su plan, como anteojos o servicios dentales para adultos.¹¹ Y si le queda dinero en su HSA al final del año, quedará a su disposición para usarlo el próximo año.

Ejemplo de sus costos de atención

Supongamos que se lastimó el tobillo. Visita a su médico personal, quien le ordena una radiografía. Es simplemente una torcedura, así que el médico le receta un medicamento genérico para el dolor. Este es un ejemplo de lo que pagaría de su bolsillo por estos servicios con cada tipo de plan de salud.

Nombre del plan	Visita al consultorio	Radiografía	La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)
KP DC Gold 0/20/Vision (sin deducible)	\$20 (no se aplica a los niños menores de 5 años)	\$65	\$15 [†]
KP DC Silver Virtual Forward 4000 (deducible de \$4,000)	Atención virtual sin cargo; primera consulta en persona sin cargo y consultas adicionales en persona \$55 después del deducible ^{***}	30 % después del deducible	\$20 [†]
KP DC Standard Bronze 6350/20 %/HSA/Vision (\$6,350 de deducible)	20 % después del deducible	20 % después del deducible	20 % después del deducible

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

^{***}Virtual Forward ofrece atención virtual sin cargo; incluye acceso ilimitado al chat con un enfermero, consultas en línea, consultas por correo electrónico, llamada y videollamada. 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.

Las estimaciones de costos anteriores son de [kp.org/treatmentestimates](https://www.kp.org/treatmentestimates) (haga clic en "Español"). Puede visitar este sitio en cualquier momento para estimar los cargos por servicios comunes antes de que alcance su deducible.

¿Reúne los requisitos para recibir ayuda financiera?

Es posible que sea elegible para recibir asistencia financiera federal o estatal para ayudarle a pagar la atención o la cobertura. Visite [buykp.org/apply](https://www.buykp.org/apply) (haga clic en "Español") para obtener los detalles.



Cómo entender los planes: resumen de beneficios

Las tablas que aparecen en las páginas siguientes ofrecen una muestra de cada uno de los beneficios del plan. Consulte el diagrama que aparece a continuación para que le ayude a entender cómo leer estas tablas.

Aquí le presentamos un pequeño resumen de cómo usar la tabla

Resumen de beneficios	KP DC Silver 2500/30/Vision
Tipo de plan	Deducible
Deducible médico anual (individuo/familia)	\$2,500/\$5,000
Gasto máximo de bolsillo anual (individuo/familia)	\$8,250/\$16,500
Beneficios	
Atención virtual	
Consulta por chat, correo electrónico, consulta electrónica, llamada y videollamada	Sin cargo
Atención preventiva	
Examen físico de rutina, mamografías, etc.	Sin cargo
Servicios para pacientes ambulatorios (por consulta o procedimiento)	
Visita al consultorio de atención médica primaria	\$30 (no se aplica a los niños menores de 5 años)
Visita al consultorio de atención especializada	\$60
La mayoría de las radiografías	\$70
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$40
Imágenes por resonancia magnética (MRI), tomografías computarizadas (TC), tomografías por emisión de positrones (TEP)	35 % después del deducible
Cirugía ambulatoria	35 % después del deducible
Consulta de salud mental	\$30 (terapia individual)
Atención para pacientes hospitalizados	
Habitación y alimentos, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	35 % después del deducible
Maternidad	
Consulta de atención prenatal de rutina y primera consulta de posparto	Sin cargo
Parto y consulta de bienestar infantil en el hospital	35 % después del deducible
Atención de emergencia y de urgencia	
Visita al departamento de emergencias	35 % después del deducible
Consulta de atención de urgencia	\$60
Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)	
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$20*
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$60 después del deducible de farmacia de \$800 por miembro*
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	35 % después del deducible de farmacia de \$800 por miembro
Medicamentos especializados (Nivel 4)	35 % después del deducible de farmacia de \$800 por miembro hasta un máximo de \$150 por receta de 30 días
Salud integral	
Servicios de decisiones saludables	Los exámenes de la vista están incluidos en su plan. Visite nuestros centros ópticos para sus anteojos y lentes de contacto. Visite kp2020.org (en inglés) para obtener más información. Explore nuestra amplia gama de recursos de cuidado personal diseñados para ayudarlo a que viva bien en mente, cuerpo y espíritu. Visite kp.org/selfcare (haga clic en "Español") para obtener más detalles.

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

Deducible anual

Usted debe pagar este monto antes de que su plan comience a ayudarlo a pagar la mayoría de los servicios cubiertos. Bajo este plan de muestra, usted pagaría los costos completos de los servicios cubiertos hasta llegar a \$2,500 para usted o \$5,000 para su familia. A partir de ese momento, usted comenzaría a pagar los copagos o el coseguro.

Gastos máximos de bolsillo anuales

Esto es lo máximo que pagará por su atención durante el año calendario antes de que su plan comience a pagar el 100 % de la mayoría de los servicios cubiertos. En este ejemplo, nunca pagaría más de \$8,250 por usted y no más de \$16,500 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.

Servicios cubiertos 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 \$30 (no se aplica a los niños menores de 5 años), incluso antes de que alcance su deducible. Con nuestros planes con deducible Silver, la atención médica primaria, la atención especializada y las consultas de atención de urgencia están todas cubiertas antes de alcanzar su deducible.

Coseguro

Después de alcanzar su deducible, este es un porcentaje de los cargos que podría pagar por los servicios cubiertos. En este caso, pagaría el 35 % del costo diario de su atención para pacientes hospitalizados después de que alcance su deducible. Su plan pagaría el resto hasta el fin del año calendario.

Copago

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

Hay opciones de asistencia financiera disponibles para determinados planes, así como para los nativos de Alaska y los indios americanos en dchealthlink.com.

Resumen de beneficios	KP DC Standard Bronze 7500/60/Vision	KP DC Bronze 6500/65/Vision	KP DC Standard Bronze 6350/20 %/HSA/Vision	KP DC Silver Virtual Forward 4000	KP DC Standard Silver 4000/40/Vision
Tipo de plan	Deducible	Deducible	Que admite una HSA	Deducible	Deducible
Deducible médico anual (individuo/familia)	\$7,500/\$15,000	\$6,500/\$13,000	\$6,350/\$12,700	\$4,000/\$8,000	\$4,000/\$8,000
Gasto máximo de bolsillo anual (individuo/familia)	\$8,550/\$17,100	\$8,700/\$17,400	\$6,900/\$13,800	\$8,550/\$17,100	\$8,250/\$16,500
Beneficios					
Atención virtual					
Consulta por chat, correo electrónico, consulta electrónica, llamada y videollamada	Sin cargo	Sin cargo	Chat, correo electrónico, consulta electrónica: sin cargo. Consulta por teléfono y videollamada: sin cargo después del deducible	Sin cargo	Sin cargo
Atención preventiva					
Examen físico de rutina, mamografías, etc.	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Servicios para pacientes ambulatorios (por consulta o procedimiento)					
Visita al consultorio de atención médica primaria	\$60	\$65 (no se aplica para los niños menores de 5 años)	20 % después del deducible	Atención virtual sin cargo; primera consulta en persona sin cargo y consultas adicionales en persona \$55 después del deducible***	\$40
Visita al consultorio de atención especializada	\$125	\$85 después del deducible	20 % después del deducible	\$75 después del deducible	\$80
La mayoría de las radiografías	\$80 después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible	30 % después del deducible	\$80
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$55 después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible	\$75 después del deducible	\$60
MRI, TC, TEP	\$500 después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible	30 % después del deducible	\$300
Cirugía ambulatoria	40 % después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible	30 % después del deducible	20 % después del deducible
Consulta de salud mental	\$60 (terapia individual)	\$65 (terapia individual)	20 % después del deducible	Atención virtual sin cargo; primera consulta en persona sin cargo y consultas adicionales en persona \$55 después del deducible***	\$40 (terapia individual)
Atención para pacientes hospitalizados					
Habitación y alimentos, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	40 % después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible	30 % después del deducible	20 % después del deducible
Maternidad					
Consulta de atención prenatal de rutina y primera consulta de posparto	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Parto y consulta de bienestar infantil en el hospital	40 % después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible	30 % después del deducible	20 % después del deducible
Atención de emergencia y de urgencia					
Visita al departamento de emergencias	40 % después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible	30 % después del deducible	\$350 después del deducible (el copago no se aplica si se le hospitaliza)
Consulta de atención de urgencia	\$100	\$85 después del deducible	20 % después del deducible	\$75 después del deducible	\$90
Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)					
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$25 [†]	\$40 [†]	20 % después del deducible	\$20 [†]	\$15 [†]
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$75 después del deducible de farmacia de \$850 por miembro [†]	50 % después del deducible	20 % después del deducible	\$50 después del deducible [†]	\$50 después del deducible de farmacia de \$250 por miembro [†]
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	\$100 después del deducible de farmacia de \$850 por miembro [†]	50 % después del deducible	20 % después del deducible	50 % después del deducible	\$70 después del deducible de farmacia de \$250 por miembro [†]
Medicamentos especializados (Nivel 4)	\$150 después del deducible de farmacia de \$850 por miembro y por receta médica de 30 días	50 % después del deducible hasta un máximo de \$150 por receta de 30 días	20 % después del deducible hasta un máximo de \$150 por receta de 30 días	50 % después del deducible hasta un máximo de \$150 por receta de 30 días	\$150 después del deducible de farmacia de \$250 por miembro y por receta médica de 30 días
Salud integral					
Servicios de decisiones saludables	Los exámenes de la vista están incluidos en su plan. Visite nuestros centros ópticos para sus anteojos y lentes de contacto. Visite kp2020.org (en inglés) para obtener más información. Explore nuestra amplia gama de recursos de cuidado personal diseñados para ayudarle a que viva bien en mente, cuerpo y espíritu. Visite kp.org/selfcare (haga clic en "Español") para obtener más detalles.				

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

***Virtual Forward ofrece atención virtual sin cargo; incluye acceso ilimitado al chat con un enfermero, consultas en línea, consultas por correo electrónico, llamada y videollamada. 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 tiene como objetivo resaltar solamente algunas de las preguntas más comunes sobre los beneficios y sus respectivos copagos, coseguros y deducibles. Consulte el *Membership Agreement and Evidence of Coverage* (Acuerdo de Membresía y Evidencia de Cobertura) para obtener los detalles completos sobre su plan o para conocer las limitaciones y exclusiones específicas. Para solicitar una copia del *Membership Agreement and Evidence of Coverage*, visite kp.org/plandocuments (en inglés), llámenos al 1-800-777-7902 o comuníquese con su agente. Para aquellos servicios que estén sujetos al deducible, usted tendrá que pagar los costos de atención médica de su bolsillo hasta alcanzar el deducible. El gasto máximo de bolsillo incluye el deducible anual. La mayoría de los deducibles, copagos y coseguros contribuyen al gasto máximo de bolsillo.

Hay opciones de asistencia financiera disponibles para determinados planes, así como para los nativos de Alaska y los indios americanos en dchealthlink.com.

Resumen de beneficios	KP DC Silver 3200/30 %/HSA/ Vision	KP DC Silver 2500/30/Vision	KP DC Gold Virtual Forward 2000	KP DC Gold 1600/25 %/HSA/Vision	KP DC Gold 1000/20/Vision
Tipo de plan	Que admite una HSA	Deducible	Deducible	Que admite una HSA	Deducible
Deducible médico anual (individuo/familia)	\$3,200/\$6,400	\$2,500/\$5,000	\$2,000/\$4,000	\$1,600 (plan solamente para el suscriptor) \$3,200/\$3,200 (plan familiar) ^{††}	\$1,000/\$2,000
Gasto máximo de bolsillo anual (individuo/familia)	\$6,650/\$13,300	\$8,250/\$16,500	\$5,000/\$10,000	\$5,000/\$10,000	\$6,950/\$13,900
Beneficios					
Atención virtual					
Consulta por chat, correo electrónico, consulta electrónica, llamada y videollamada	Chat, correo electrónico, consulta electrónica: sin cargo. Consulta por teléfono y videollamada: sin cargo después del deducible	Sin cargo	Sin cargo	Chat, correo electrónico, consulta electrónica: sin cargo. Consulta por teléfono y videollamada: sin cargo después del deducible	Sin cargo
Atención preventiva					
Examen físico de rutina, mamografías, etc.	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Servicios para pacientes ambulatorios (por consulta o procedimiento)					
Visita al consultorio de atención médica primaria	30 % después del deducible	\$30 (no se aplica a los niños menores de 5 años)	Atención virtual sin cargo; primera consulta en persona sin cargo y consultas adicionales en persona \$50 después del deducible****	\$25 después del deducible (el copago no se aplica para los niños menores de 5 años)	\$20 (no se aplica a los niños menores de 5 años)
Visita al consultorio de atención especializada	30 % después del deducible	\$60	\$70 después del deducible	\$50 después del deducible	\$40
La mayoría de las radiografías	30 % después del deducible	\$70	\$50 después del deducible	\$65 después del deducible	\$70
La mayoría de las pruebas de laboratorio	30 % después del deducible	\$40	\$50 después del deducible	\$30 después del deducible	\$40
MRI, TC, TEP	30 % después del deducible	35 % después del deducible	\$150 después del deducible	25 % después del deducible	\$500
Cirugía ambulatoria	30 % después del deducible	35 % después del deducible	\$200 después del deducible	25 % después del deducible	35 % después del deducible
Consulta de salud mental	30 % después del deducible	\$30 (terapia individual)	Atención virtual sin cargo; primera consulta en persona sin cargo y consultas adicionales en persona \$50 después del deducible****	\$25 después del deducible (terapia individual)	\$20 (terapia individual)
Atención para pacientes hospitalizados					
Habitación y alimentos, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	30 % después del deducible	35 % después del deducible	\$300 por día, hasta 3 días*	25 % después del deducible	35 % después del deducible
Maternidad					
Consulta de atención prenatal de rutina y primera consulta de parto	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Parto y consulta de bienestar infantil en el hospital	30 % después del deducible	35 % después del deducible	\$300 por día, hasta 3 días*	25 % después del deducible	35 % después del deducible
Atención de emergencia y de urgencia					
Visita al departamento de emergencias	30 % después del deducible	35 % después del deducible	\$200 después del deducible	\$500 después del deducible (el copago no se aplica si se le hospitaliza)	\$500 (no se aplica si se le hospitaliza)
Consulta de atención de urgencia	30 % después del deducible	\$60	\$70 después del deducible	\$50 después del deducible	\$40
Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)					
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$20 después del deducible [†]	\$20 [†]	\$10 después del deducible [†]	\$15 después del deducible [†]	\$10 [†]
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$55 después del deducible [†]	\$60 después del deducible de farmacia de \$800 por miembro [†]	\$50 después del deducible [†]	\$50 después del deducible [†]	\$55 [†]
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	20 % después del deducible	35 % después del deducible de farmacia de \$800 por miembro	50 % después del deducible	25 % después del deducible	35 % después del deducible de farmacia de \$200 por miembro
Medicamentos especializados (Nivel 4)	30 % después del deducible hasta un máximo de \$150 por receta médica de 30 días	35 % después del deducible de farmacia de \$800 por miembro hasta un máximo de \$150 por receta de 30 días	50 % después del deducible hasta un máximo de \$150 por receta de 30 días	25 % después del deducible hasta un máximo de \$150 por receta de 30 días	35 % después del deducible de farmacia de \$200 por miembro hasta un máximo de \$150 por receta médica de 30 días
Salud integral					
Servicios de decisiones saludables	Los exámenes de la vista están incluidos en su plan. Visite nuestros centros ópticos para sus anteojos y lentes de contacto. Visite kp2020.org (en inglés) para obtener más información. Explore nuestra amplia gama de recursos de cuidado personal diseñados para ayudarle a que viva bien en mente, cuerpo y espíritu. Visite kp.org/selfcare (haga clic en "Español") para obtener más detalles.				

*Después de 5 días, los servicios cubiertos relacionados con esta hospitalización no tienen cargo.

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

^{††}Para el plan KP DC Gold 1600/25 %/HSA/Vision, en un plan solamente para el suscriptor, el deducible individual es de \$1,600. En una versión familiar del plan KP DC Gold 1600/25 %/HSA/Vision, no hay un deducible individual de \$1,600. En su lugar, solo hay un deducible familiar de \$3,200, que pueden alcanzar uno o más miembros de la familia. Cuando la contribución combinada de todos los miembros de la familia cubiertos alcance el deducible aplicable de \$3,200, se cumplirá con el deducible de todos los miembros de la familia y dichos miembros empezarán a pagar solo los montos de los copagos y coseguros aplicables en lo que resta del año.

^{***}Virtual Forward ofrece atención virtual sin cargo; incluye acceso ilimitado al chat con un enfermero, consultas en línea, consultas por correo electrónico, llamada y videollamada. 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 tiene como objetivo resaltar solamente algunas de las preguntas más comunes sobre los beneficios y sus respectivos copagos, coseguros y deducibles. Consulte el *Membership Agreement and Evidence of Coverage* para obtener los detalles completos sobre su plan o para conocer las limitaciones y exclusiones específicas. Para solicitar una copia del *Membership Agreement and Evidence of Coverage*, visite kp.org/plandocuments (en inglés), llámenos al 1-800-777-7902 o comuníquese con su agente. Para aquellos servicios que estén sujetos al deducible, usted tendrá que pagar los costos de atención médica de su bolsillo hasta alcanzar el deducible. El gasto máximo de bolsillo incluye el deducible anual. La mayoría de los deducibles, copagos y coseguros contribuyen al gasto máximo de bolsillo.

Hay opciones de asistencia financiera disponibles para determinados planes, así como para los nativos de Alaska y los indios americanos en dhealthlink.com.

Resumen de beneficios	KP DC Standard Gold 500/25/Vision	KP DC Gold 0/20/Vision	KP DC Standard Platinum 0/20/Vision	KP DC Catastrophic ¹ 8700/0/Vision
Tipo de plan	Deducible	Copago	Copago	Deducible
Deducible médico anual (individuo/familia)	\$500/\$1,000	Ninguno/Ninguno	Ninguno/Ninguno	\$8,700/\$17,400
Gasto máximo de bolsillo anual (individuo/familia)	\$4,950/\$9,900	\$6,950/\$13,900	\$2,000/\$4,000	\$8,700/\$17,400
Beneficios				
Atención virtual				
Consulta por chat, correo electrónico, consulta electrónica, llamada y videollamada	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Chat, correo electrónico, consulta electrónica: sin cargo. Consulta por teléfono y videollamada: sin cargo después del deducible
Atención preventiva				
Examen físico de rutina, mamografías, etc.	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Servicios para pacientes ambulatorios (por consulta o procedimiento)				
Visita al consultorio de atención médica primaria	\$25	\$20 (no se aplica a los niños menores de 5 años)	\$20	Las primeras 3 consultas al consultorio son gratuitas.** Las demás consultas no tienen costo después del deducible.
Visita al consultorio de atención especializada	\$50	\$40	\$40	Sin cargo después del deducible
La mayoría de las radiografías	\$50	\$65	\$40	Sin cargo después del deducible
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$30	\$30	\$20	Sin cargo después del deducible
MRI, TC, TEP	\$250	\$500	\$150	Sin cargo después del deducible
Cirugía ambulatoria	\$600	35 % de coseguro	\$250	Sin cargo después del deducible
Consulta de salud mental	\$25 (terapia individual)	\$20 (terapia individual)	\$20 (terapia individual)	Las primeras 3 consultas al consultorio son gratuitas.** Las demás consultas no tienen costo después del deducible.
Atención para pacientes hospitalizados				
Habitación y alimentos, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	\$600 por día, hasta 5 días después del deducible*	35 % de coseguro	\$250 por día hasta 5 días*	Sin cargo después del deducible
Maternidad				
Consulta de atención prenatal de rutina y primera consulta de posparto	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Parto y consulta de bienestar infantil en el hospital	\$600 por día, hasta 5 días después del deducible*	35 % de coseguro	\$250 por día hasta 5 días*	Sin cargo después del deducible
Atención de emergencia y de urgencia				
Visita al departamento de emergencias	\$300 (no se aplica si se le hospitaliza)	\$500 (no se aplica si se le hospitaliza)	\$150 (no se aplica si se le hospitaliza)	Sin cargo después del deducible
Consulta de atención de urgencia	\$60	\$40	\$40	Sin cargo después del deducible
Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)				
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$15 [†]	\$15 [†]	\$5 [†]	Sin cargo después del deducible
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$50 [†]	\$55 [†]	\$15 [†]	Sin cargo después del deducible
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	\$70 [†]	35 % después del deducible de farmacia de \$150 por miembro	\$25 [†]	Sin cargo después del deducible
Medicamentos especializados (Nivel 4)	\$150 por receta médica de 30 días	35 % después del deducible de farmacia de \$150 por miembro hasta un máximo de \$150 por receta de 30 días	\$100 por receta médica de 30 días	Sin cargo después del deducible
Salud integral				
Servicios de decisiones saludables	Los exámenes de la vista están incluidos en su plan. Visite nuestros centros ópticos para sus anteojos y lentes de contacto. Visite kp2020.org (en inglés) para obtener más información. Explore nuestra amplia gama de recursos de cuidado personal diseñados para ayudarle a que viva bien en mente, cuerpo y espíritu. Visite kp.org/selfcare (haga clic en "Español") para obtener más detalles.			

*Después de 5 días, los servicios cubiertos relacionados con esta hospitalización no tienen cargo.

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

[‡]Únicamente los solicitantes menores de 30 años o los solicitantes mayores de 30 años que presenten un certificado del Mercado de Seguros Médicos del Distrito de Columbia que demuestre dificultades económicas o la falta de cobertura asequible pueden adquirir un plan KP DC Catastrophic 8700/0/Vision.

**El plan KP DC Catastrophic 8700/0/Vision incluye tres visitas al consultorio sin cargo antes de su deducible. Las visitas al consultorio incluyen consultas de atención primaria o de salud mental para pacientes ambulatorios.

Este resumen del plan tiene como objetivo resaltar solamente algunas de las preguntas más comunes sobre los beneficios y sus respectivos copagos, coseguros y deducibles. Consulte el *Membership Agreement and Evidence of Coverage* para obtener los detalles completos sobre su plan o para conocer las limitaciones y exclusiones específicas. Para solicitar una copia del *Membership Agreement and Evidence of Coverage*, visite kp.org/plandocuments (en inglés), llámenos al 1-800-777-7902 o comuníquese con su agente. Para aquellos servicios que estén sujetos al deducible, usted tendrá que pagar los costos de atención médica de su bolsillo hasta alcanzar el deducible. El gasto máximo de bolsillo incluye el deducible anual. La mayoría de los deducibles, copagos y coseguros contribuyen al gasto máximo de bolsillo. 761264663 DC 2022

Planes de Reducción del Costo Compartido (CSR)

Tiene que cumplir los requisitos e inscribirse en los planes de CSR en esta página por medio de dhealthlink.com.

Resumen de beneficios	KP DC Silver Virtual Forward 2000/CSR (4000)	KP DC Silver Virtual Forward 750/CSR (4000)	KP DC Silver Virtual Forward 100/CSR (4000)
Tipo de plan	Deducible	Deducible	Deducible
Deducible médico anual (individuo/familia)	\$2,000/\$4,000	\$750/\$1,500	\$100/\$200
Gasto máximo de bolsillo anual (individuo/familia)	\$6,950/\$13,900	\$2,500/\$5,000	\$1,000/\$2,000
Beneficios			
Atención virtual			
Consulta por chat, correo electrónico, consulta electrónica, llamada y videollamada	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Atención preventiva			
Examen físico de rutina, mamografías, etc.	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Servicios para pacientes ambulatorios (por consulta o procedimiento)			
Visita al consultorio de atención médica primaria	Atención virtual sin cargo; primera consulta en persona sin cargo y consultas adicionales en persona \$45 después del deducible***	Atención virtual sin cargo; primera consulta en persona sin cargo y consultas adicionales en persona \$35 después del deducible***	Atención virtual sin cargo; primera consulta en persona sin cargo y consultas adicionales en persona \$25 después del deducible***
Visita al consultorio de atención especializada	\$65 después del deducible	\$55 después del deducible	\$45 después del deducible
La mayoría de las radiografías	20 % después del deducible	10 % después del deducible	5 % después del deducible
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$65 después del deducible	\$55 después del deducible	\$45 después del deducible
MRI, TC, TEP	20 % después del deducible	10 % después del deducible	5 % después del deducible
Cirugía ambulatoria	20 % después del deducible	10 % después del deducible	5 % después del deducible
Consulta de salud mental	Atención virtual sin cargo; primera consulta en persona sin cargo y consultas adicionales en persona \$45 después del deducible***	Atención virtual sin cargo; primera consulta en persona sin cargo y consultas adicionales en persona \$35 después del deducible***	Atención virtual sin cargo; primera consulta en persona sin cargo y consultas adicionales en persona \$25 después del deducible***
Atención para pacientes hospitalizados			
Habitación y alimentos, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	20 % después del deducible	10 % después del deducible	5 % después del deducible
Maternidad			
Consulta de atención prenatal de rutina y primera consulta de posparto	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Parto y consulta de bienestar infantil en el hospital	20 % después del deducible	10 % después del deducible	5 % después del deducible
Atención de emergencia y de urgencia			
Visita al departamento de emergencias	20 % después del deducible	10 % después del deducible	5 % después del deducible
Consulta de atención de urgencia	\$65 después del deducible	\$55 después del deducible	\$45 después del deducible
Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)			
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$20 [†]	\$10 [†]	\$3 [†]
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$50 después del deducible [†]	\$30 después del deducible [†]	\$20 después del deducible [†]
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	50 % después del deducible	20 % después del deducible	5 % después del deducible
Medicamentos especializados (Nivel 4)	50 % después del deducible hasta un máximo de \$150 por receta de 30 días	20 % después del deducible hasta un máximo de \$150 por receta de 30 días	5 % después del deducible hasta un máximo de \$150 por receta médica de 30 días
Salud integral			
Servicios de decisiones saludables	Los exámenes de la vista están incluidos en su plan. Visite nuestros centros ópticos para sus anteojos y lentes de contacto. Visite kp2020.org (en inglés) para obtener más información. Explore nuestra amplia gama de recursos de cuidado personal diseñados para ayudarle a que viva bien en mente, cuerpo y espíritu. Visite kp.org/selfcare (haga clic en "Español") para obtener más detalles.		

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

***Virtual Forward ofrece atención virtual sin cargo; incluye acceso ilimitado al chat con un enfermero, consultas en línea, consultas por correo electrónico, llamada y videollamada. 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 tiene como objetivo resaltar solamente algunas de las preguntas más comunes sobre los beneficios y sus respectivos copagos, coseguros y deducibles. Consulte el *Membership Agreement and Evidence of Coverage* para obtener los detalles completos sobre su plan o para conocer las limitaciones y exclusiones específicas. Para solicitar una copia del *Membership Agreement and Evidence of Coverage*, visite kp.org/plandocuments (en inglés), llámenos al 1-800-777-7902 o comuníquese con su agente. Para aquellos servicios que estén sujetos al deducible, usted tendrá que pagar los costos de atención médica de su bolsillo hasta alcanzar el deducible. El gasto máximo de bolsillo incluye el deducible anual. La mayoría de los deducibles, copagos y coseguros contribuyen al gasto máximo de bolsillo.

Planes de Reducción del Costo Compartido (CSR)

Tiene que cumplir los requisitos e inscribirse en los planes de CSR en esta página por medio de dchealthlink.com.

Resumen de beneficios	KP DC Standard Silver 3500/40/CSR/Vision (4000)	KP DC Standard Silver 100/25/CSR/Vision (4000)	KP DC Standard Silver 0/5/CSR/Vision (4000)
Tipo de plan	Deducible	Deducible	Copago
Deducible médico anual (individuo/familia)	\$3,500/\$7,000	\$100/\$200	Ninguno/Ninguno
Gastos máximos de bolsillo anuales (individuo/familia)	\$6,600/\$13,200	\$2,700/\$5,400	\$2,250/\$4,500
Beneficios			
Atención virtual			
Consulta por chat, correo electrónico, consulta electrónica, llamada y videollamada	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Atención preventiva			
Examen físico de rutina, mamografías, etc.	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Servicios para pacientes ambulatorios (por consulta o procedimiento)			
Visita al consultorio de atención médica primaria	\$40	\$25	\$5
Visita al consultorio de atención especializada	\$75	\$40	\$10
La mayoría de las radiografías	\$80	\$50	\$5
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$60	\$35	\$5
MRI, TC, TEP	\$300	\$150	\$50
Cirugía ambulatoria	20 % después del deducible	20 % después del deducible	10 % de coseguro
Consulta de salud mental	\$40 (terapia individual)	\$25 (terapia individual)	\$5 (terapia individual)
Atención para pacientes hospitalizados			
Habitación y alimentos, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	20 % después del deducible	20 % después del deducible	10 % de coseguro
Maternidad			
Consulta de atención prenatal de rutina y primera consulta de posparto	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Parto y consulta de bienestar infantil en el hospital	20 % después del deducible	20 % después del deducible	10 % de coseguro
Atención de emergencia y de urgencia			
Visita al departamento de emergencias	\$350 después del deducible (el copago no se aplica si se le hospitaliza)	\$250 después del deducible (el copago no se aplica si se le hospitaliza)	\$250 (no se aplica si se le hospitaliza)
Consulta de atención de urgencia	\$75	\$40	\$10
Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)			
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$15 ¹	\$15 ¹	\$5 ¹
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$50 después del deducible de farmacia de \$250 por miembro ¹	\$50 ¹	\$10 ¹
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	\$70 después del deducible de farmacia de \$250 por miembro ¹	\$70 ¹	\$35 ¹
Medicamentos especializados (Nivel 4)	\$150 después del deducible de farmacia de \$250 por miembro y por receta médica de 30 días	\$150 por receta médica de 30 días	\$100 por receta médica de 30 días
Salud integral			
Servicios de decisiones saludables	Los exámenes de la vista están incluidos en su plan. Visite nuestros centros ópticos para sus anteojos y lentes de contacto. Visite kp2020.org (en inglés) para obtener más información. Explore nuestra amplia gama de recursos de cuidado personal diseñados para ayudarle a que viva bien en mente, cuerpo y espíritu. Visite kp.org/selfcare (haga clic en "Español") para obtener más detalles.		

¹Pedido por correo: suministro de 90 días de medicamentos recetados autorizados por el costo de un suministro de 60 días.

Este resumen del plan tiene como objetivo resaltar solamente algunas de las preguntas más comunes sobre los beneficios y sus respectivos copagos, coseguros y deducibles. Consulte el *Membership Agreement and Evidence of Coverage* para obtener los detalles completos sobre su plan o para conocer las limitaciones y exclusiones específicas. Para solicitar una copia del *Membership Agreement and Evidence of Coverage*, visite kp.org/plandocuments (en inglés), llámenos al 1-800-777-7902 o comuníquese con su agente. Para aquellos servicios que estén sujetos al deducible, usted tendrá que pagar los costos de atención médica de su bolsillo hasta alcanzar el deducible. El gasto máximo de bolsillo incluye el deducible anual. La mayoría de los deducibles, copagos y coseguros contribuyen al gasto máximo de bolsillo.

Planes de Reducción del Costo Compartido (CSR)

Tiene que cumplir los requisitos e inscribirse en los planes de CSR en esta página por medio de dhealthlink.com.

Resumen de beneficios	KP DC Silver 2000/20 %/CSR/Vision (3200)	KP DC Silver 600/10 %/CSR/Vision (3200)	KP DC Silver 100/5 %/CSR/Vision (3200)
Tipo de plan	Deducible	Deducible	Deducible
Deducible médico anual (individuo/familia)	\$2,000/\$4,000	\$600/\$1,200	\$100/\$200
Gasto máximo de bolsillo anual (individuo/familia)	\$6,650/\$13,300	\$2,700/\$5,400	\$2,300/\$4,600
Beneficios			
Atención virtual			
Consulta por chat, correo electrónico, consulta electrónica, llamada y videollamada	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Atención preventiva			
Examen físico de rutina, mamografías, etc.	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Servicios para pacientes ambulatorios (por consulta o procedimiento)			
Visita al consultorio de atención médica primaria	20 % después del deducible	10 % después del deducible	5 % después del deducible
Visita al consultorio de atención especializada	20 % después del deducible	10 % después del deducible	5 % después del deducible
La mayoría de las radiografías	20 % después del deducible	10 % después del deducible	5 % después del deducible
La mayoría de las pruebas de laboratorio	20 % después del deducible	10 % después del deducible	5 % después del deducible
MRI, TC, TEP	20 % después del deducible	10 % después del deducible	5 % después del deducible
Cirugía ambulatoria	20 % después del deducible	10 % después del deducible	5 % después del deducible
Consulta de salud mental	20 % después del deducible	10 % después del deducible	5 % después del deducible
Atención para pacientes hospitalizados			
Habitación y alimentos, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	20 % después del deducible	10 % después del deducible	5 % después del deducible
Maternidad			
Consulta de atención prenatal de rutina y primera consulta de posparto	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Parto y consulta de bienestar infantil en el hospital	20 % después del deducible	10 % después del deducible	5 % después del deducible
Atención de emergencia y de urgencia			
Visita al departamento de emergencias	20 % después del deducible	10 % después del deducible	5 % después del deducible
Consulta de atención de urgencia	20 % después del deducible	10 % después del deducible	5 % después del deducible
Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)			
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$20 después del deducible [†]	\$15 después del deducible [†]	\$10 después del deducible [†]
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$55 después del deducible [†]	\$50 después del deducible [†]	\$15 después del deducible [†]
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	20 % después del deducible	10 % después del deducible	5 % después del deducible
Medicamentos especializados (Nivel 4)	30 % después del deducible hasta un máximo de \$150 por receta médica de 30 días	10 % después del deducible hasta un máximo de \$150 por receta médica de 30 días	5 % después del deducible hasta un máximo de \$150 por receta médica de 30 días
Salud integral			
Servicios de decisiones saludables	Los exámenes de la vista están incluidos en su plan. Visite nuestros centros ópticos para sus anteojos y lentes de contacto. Visite kp2020.org (en inglés) para obtener más información. Explore nuestra amplia gama de recursos de cuidado personal diseñados para ayudarle a que viva bien en mente, cuerpo y espíritu. Visite kp.org/selfcare (haga clic en "Español") para obtener más detalles.		

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

Este resumen del plan tiene como objetivo resaltar solamente algunas de las preguntas más comunes sobre los beneficios y sus respectivos copagos, coseguros y deducibles. Consulte el *Membership Agreement and Evidence of Coverage* para obtener los detalles completos sobre su plan o para conocer las limitaciones y exclusiones específicas. Para solicitar una copia del *Membership Agreement and Evidence of Coverage*, visite kp.org/plandocuments (en inglés), llámenos al 1-800-777-7902 o comuníquese con su agente. Para aquellos servicios que estén sujetos al deducible, usted tendrá que pagar los costos de atención médica de su bolsillo hasta alcanzar el deducible. El gasto máximo de bolsillo incluye el deducible anual. La mayoría de los deducibles, copagos y coseguros contribuyen al gasto máximo de bolsillo.

Planes de Reducción del Costo Compartido (CSR)

Tiene que cumplir los requisitos e inscribirse en los planes de CSR en esta página por medio de dhealthlink.com.

Resumen de beneficios	KP DC Silver 2200/30/CSR/Vision (2500)	KP DC Silver 0/10/CSR/Vision (2500)	KP DC Silver 0/5/CSR/Vision (2500)
Tipo de plan	Deducible	Copago	Copago
Deducible médico anual (individuo/familia)	\$2,200/\$4,400	Ninguno/Ninguno	Ninguno/Ninguno
Gastos máximos de bolsillo anuales (individuo/familia)	\$6,550/\$13,100	\$2,700/\$5,400	\$1,800/\$3,600
Beneficios			
Atención virtual			
Consulta por chat, correo electrónico, consulta electrónica, llamada y videollamada	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Atención preventiva			
Examen físico de rutina, mamografías, etc.	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Servicios para pacientes ambulatorios (por consulta o procedimiento)			
Visita al consultorio de atención médica primaria	\$30 (no se aplica a los niños menores de 5 años)	\$10 (no se aplica a los niños menores de 5 años)	\$5 (no se aplica a los niños menores de 5 años)
Visita al consultorio de atención especializada	\$55	\$40	\$15
La mayoría de las radiografías	\$70	\$40	\$20
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$40	\$40	\$5
MRI, TC, TEP	35 % después del deducible	Coseguro del 30 %	10 % de coseguro
Cirugía ambulatoria	35 % después del deducible	Coseguro del 30 %	10 % de coseguro
Consulta de salud mental	\$30 (terapia individual)	\$10 (terapia individual)	\$5 (terapia individual)
Atención para pacientes hospitalizados			
Habitación y alimentos, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	35 % después del deducible	Coseguro del 30 %	10 % de coseguro
Maternidad			
Consulta de atención prenatal de rutina y primera consulta de posparto	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Parto y consulta de bienestar infantil en el hospital	35 % después del deducible	Coseguro del 30 %	10 % de coseguro
Atención de emergencia y de urgencia			
Visita al departamento de emergencias	35 % después del deducible	Coseguro del 30 %	10 % de coseguro
Consulta de atención de urgencia	\$55	\$40	\$15
Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)			
La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$20 ¹	\$10 ¹	\$5 ¹
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$60 después del deducible de farmacia de \$800 por miembro ¹	\$60 ¹	\$10 ¹
Medicamentos no preferidos (Nivel 3)	35 % después del deducible de farmacia de \$800 por miembro	30 % después del deducible de farmacia de \$50 por miembro	10 % de coseguro
Medicamentos especializados (Nivel 4)	35 % después del deducible de farmacia de \$800 por miembro hasta un máximo de \$150 por receta de 30 días	30 % después del deducible de farmacia de \$50 por miembro hasta un máximo de \$150 por receta de 30 días	20 % hasta un máximo de \$150 por receta médica de 30 días
Salud integral			
Servicios de decisiones saludables	Los exámenes de la vista están incluidos en su plan. Visite nuestros centros ópticos para sus anteojos y lentes de contacto. Visite kp2020.org (en inglés) para obtener más información. Explore nuestra amplia gama de recursos de cuidado personal diseñados para ayudarle a que viva bien en mente, cuerpo y espíritu. Visite kp.org/selfcare (haga clic en "Español") para obtener más detalles.		

¹Pedido por correo: suministro de 90 días de medicamentos recetados autorizados por el costo de un suministro de 60 días.

Este resumen del plan tiene como objetivo resaltar solamente algunas de las preguntas más comunes sobre los beneficios y sus respectivos copagos, coseguros y deducibles. Consulte el *Membership Agreement and Evidence of Coverage* para obtener los detalles completos sobre su plan o para conocer las limitaciones y exclusiones específicas. Para solicitar una copia del *Membership Agreement and Evidence of Coverage*, visite kp.org/plandocuments (en inglés), llámenos al **1-800-777-7902** o comuníquese con su agente. Para aquellos servicios que estén sujetos al deducible, usted tendrá que pagar los costos de atención médica de su bolsillo hasta alcanzar el deducible. El gasto máximo de bolsillo incluye el deducible anual. La mayoría de los deducibles, copagos y coseguros contribuyen al gasto máximo de bolsillo.

Encuentre su tarifa

Use la tabla de tarifas mensuales en las siguientes páginas, o presente una solicitud en buykp.org/apply (haga clic en "Español") para que se calcule su tarifa automáticamente. Junto con su tarifa mensual, considere lo que tendrá que pagar cuando reciba atención.

¿Cómo se determina la tarifa?

Su tarifa se basa en:

- El plan que elija.
- Dónde vive, según su condado y código postal.
- Su edad en la fecha de inicio de su plan (fecha de vigencia).
- Si califica para recibir asistencia financiera federal. Visite buykp.org/apply (haga clic en "Español") o llámenos al **1-800-494-5314** para ver si puede calificar.
- Si agrega una cláusula dental optativa para familiares de 19 años de edad o mayores.

¿Está interesado en un plan familiar?

Encuentre la tarifa para cada miembro de la familia, de acuerdo a su edad en la fecha de inicio del plan.

Los familiares incluyen a:

- usted
- su cónyuge o pareja doméstica
- todos los hijos adultos de 21 a 25 años de edad
- sus 3 hijos mayores con menos de 21 años de edad

Si tiene más de 3 hijos que sean menores de 21 años de edad, solo tendrá que pagar por los 3 mayores. Los demás hijos menores de 21 años están cubiertos sin cargo.

Las tarifas de la tabla de tarifas mensuales aplican a los códigos postales que se indican a continuación. Compruebe si su código postal aparece a continuación. Si no está, llámenos al **1-800-494-5314** para obtener información sobre las tarifas en otras áreas.

Códigos postales para Washington, D.C.			
20001-13	20232-33	20330	20463
20015-20	20235	20340	20468-70
20022	20237-42	20350	20472
20024	20244-45	20355	20500-11
20026-27	20250-52	20370	20515
20029-30	20254	20372-76	20520-31
20032-33	20260-62	20380	20533-44
20035-45	20265-66	20388-95	20546-49
20047	20268	20398	20551-55
20049-50	20270	20401-29	20557
20052-53	20277	20431	20559-60
20055-71	20289	20433-37	20565-66
20073-78	20299	20439-42	20570-73
20080-82	20301	20444	20575-81
20090-91	20303	20447	20585-86
20201-04	20306	20451	20590-91
20206-08	20310	20453	20593-94
20210-24	20314	20456	20597
20226-30	20317-19	20460	20599

Tarifas mensuales para 2022

Tome nota: Estas tarifas no incluyen la asistencia financiera federal que puede llegar a recibir a través de dchealthlink.com.

Edad en la fecha de entrada en vigor en 2022	KP DC Standard Bronze 7500/60/ Vision	KP DC Bronze 6500/65/Vision	KP DC Standard Bronze 6350/20 %/ HSA/Vision	KP DC Silver Virtual Forward 4000	KP DC Standard Silver 4000/40/ Vision	KP DC Silver 3200/30 %/HSA/ Vision	KP DC Silver 2500/30/Vision	KP DC Gold Virtual Forward 2000	KP DC Gold 1600/25 %/HSA/ Vision
0-14	\$253.99	\$235.70	\$233.23	\$256.22	\$278.10	\$259.49	\$279.38	\$279.92	\$288.39
15	253.99	235.70	233.23	256.22	278.10	259.49	279.38	279.92	288.39
16	253.99	235.70	233.23	256.22	278.10	259.49	279.38	279.92	288.39
17	253.99	235.70	233.23	256.22	278.10	259.49	279.38	279.92	288.39
18	253.99	235.70	233.23	256.22	278.10	259.49	279.38	279.92	288.39
19	253.99	235.70	233.23	256.22	278.10	259.49	279.38	279.92	288.39
20	253.99	235.70	233.23	256.22	278.10	259.49	279.38	279.92	288.39
21	282.34	262.01	259.26	284.82	309.14	288.46	310.56	311.16	320.58
22	282.34	262.01	259.26	284.82	309.14	288.46	310.56	311.16	320.58
23	282.34	262.01	259.26	284.82	309.14	288.46	310.56	311.16	320.58
24	282.34	262.01	259.26	284.82	309.14	288.46	310.56	311.16	320.58
25	282.34	262.01	259.26	284.82	309.14	288.46	310.56	311.16	320.58
26	282.34	262.01	259.26	284.82	309.14	288.46	310.56	311.16	320.58
27	282.34	262.01	259.26	284.82	309.14	288.46	310.56	311.16	320.58
28	288.94	268.14	265.32	291.48	316.37	295.21	317.82	318.44	328.08
29	295.16	273.90	271.03	297.75	323.17	301.55	324.66	325.28	335.13
30	302.53	280.75	277.80	305.19	331.25	309.09	332.77	333.42	343.51
31	310.30	287.96	284.94	313.03	339.76	317.03	341.32	341.98	352.33
32	317.29	294.45	291.36	320.08	347.41	324.17	349.01	349.68	360.27
33	324.67	301.29	298.13	327.52	355.49	331.71	357.12	357.81	368.64
34	332.44	308.50	305.26	335.36	363.99	339.64	365.67	366.37	377.46
35	340.21	315.71	312.40	343.19	372.50	347.58	374.21	374.93	386.28
36	347.97	322.92	319.53	351.03	381.00	355.52	382.75	383.49	395.10
37	355.74	330.13	326.66	358.87	389.51	363.45	391.30	392.05	403.92
38	360.01	334.09	330.58	363.17	394.19	367.82	396.00	396.76	408.77
39	364.28	338.05	334.51	367.48	398.86	372.18	400.70	401.47	413.62
40	378.65	351.39	347.70	381.98	414.60	386.86	416.50	417.31	429.94
41	393.41	365.08	361.25	396.87	430.75	401.94	432.73	433.57	446.70
42	408.95	379.50	375.52	412.54	447.76	417.81	449.82	450.69	464.33
43	424.87	394.28	390.14	428.60	465.20	434.08	467.34	468.24	482.41
44	441.57	409.77	405.47	445.45	483.48	451.14	485.70	486.64	501.37
45	458.66	425.63	421.16	462.69	502.19	468.60	504.50	505.47	520.78
46	476.52	442.21	437.57	480.71	521.75	486.85	524.15	525.16	541.06
47	495.16	459.51	454.69	499.51	542.16	505.90	544.65	545.71	562.23
48	514.58	477.53	472.52	519.10	563.43	525.74	566.01	567.11	584.28
49	534.78	496.27	491.06	539.47	585.54	546.37	588.23	589.36	607.21
50	555.75	515.73	510.32	560.63	608.50	567.79	611.29	612.48	631.02
51	577.50	535.91	530.29	582.57	632.31	590.01	635.22	636.44	655.71
52	600.02	556.82	550.97	605.29	656.98	613.03	659.99	661.27	681.29
53	623.32	578.44	572.37	628.80	682.49	636.83	685.62	686.95	707.75
54	647.79	601.15	594.84	653.48	709.28	661.83	712.54	713.91	735.53
55	673.03	624.57	618.02	678.95	736.92	687.62	740.30	741.73	764.19
56	699.44	649.08	642.27	705.59	765.83	714.60	769.35	770.84	794.17
57	726.63	674.31	667.23	733.01	795.60	742.38	799.25	800.80	825.04
58	754.98	700.62	693.26	761.61	826.64	771.34	830.44	832.04	857.23
59	784.49	728.01	720.36	791.38	858.96	801.50	862.90	864.57	890.74
60	815.17	756.48	748.54	822.33	892.55	832.84	896.65	898.38	925.58
61	847.02	786.03	777.78	854.46	927.42	865.38	931.68	933.48	961.74
62	847.02	786.03	777.78	854.46	927.42	865.38	931.68	933.48	961.74
63	847.02	786.03	777.78	854.46	927.42	865.38	931.68	933.48	961.74
Más de 64	847.02	786.03	777.78	854.46	927.42	865.38	931.68	933.48	961.74

Tarifas mensuales para 2022

Tome nota: Estas tarifas no incluyen la asistencia financiera federal que puede llegar a recibir a través de dchealthlink.com.

Edad en la fecha de entrada en vigor en 2022	KP DC Gold 1000/20/Vision	KP DC Standard Gold 500/25/ Vision	KP DC Gold 0/20/ Vision	KP DC Standard Platinum 0/20/ Vision	KP DC Catastrophic 8700/0/Vision	KP DC Silver Virtual Forward 2000/CSR (4000) KP DC Silver Virtual Forward 750/CSR (4000) KP DC Silver Virtual Forward 100/CSR (4000)	KP DC Standard Silver 3500/40/ CSR/Vision (4000) KP DC Standard Silver 100/25/CSR/ Vision (4000) KP DC Standard Silver 0/5/CSR/ Vision (4000)	KP DC Silver 2000/20 %/CSR/ Vision (3200) KP DC Silver 600/10 %/CSR/Vision (3200) KP DC Silver 100/5 %/CSR/Vision (3200)	P DC Silver 2200/30/ CSR/Vision (2500) KP DC Silver 0/10/ CSR/Vision (2500) KP DC Silver 0/5/ CSR/Vision (2500)
0 a 14	\$303.13	\$317.11	\$319.36	\$358.36	\$170.81	\$256.22	\$278.10	\$259.49	\$279.38
15	303.13	317.11	319.36	358.36	170.81	256.22	278.10	259.49	279.38
16	303.13	317.11	319.36	358.36	170.81	256.22	278.10	259.49	279.38
17	303.13	317.11	319.36	358.36	170.81	256.22	278.10	259.49	279.38
18	303.13	317.11	319.36	358.36	170.81	256.22	278.10	259.49	279.38
19	303.13	317.11	319.36	358.36	170.81	256.22	278.10	259.49	279.38
20	303.13	317.11	319.36	358.36	170.81	256.22	278.10	259.49	279.38
21	336.97	352.51	355.01	398.36	189.88	284.82	309.14	288.46	310.56
22	336.97	352.51	355.01	398.36	189.88	284.82	309.14	288.46	310.56
23	336.97	352.51	355.01	398.36	189.88	284.82	309.14	288.46	310.56
24	336.97	352.51	355.01	398.36	189.88	284.82	309.14	288.46	310.56
25	336.97	352.51	355.01	398.36	189.88	284.82	309.14	288.46	310.56
26	336.97	352.51	355.01	398.36	189.88	284.82	309.14	288.46	310.56
27	336.97	352.51	355.01	398.36	189.88	284.82	309.14	288.46	310.56
28	344.85	360.75	363.31	407.68	194.32	291.48	316.37	295.21	317.82
29	352.27	368.51	371.12	416.44	198.50	297.75	323.17	301.55	324.66
30	361.07	377.72	380.40	426.85	203.46	305.19	331.25	309.09	332.77
31	370.34	387.42	390.17	437.81	208.69	313.03	339.76	317.03	341.32
32	378.69	396.15	398.96	447.68	213.39	320.08	347.41	324.17	349.01
33	387.49	405.36	408.24	458.09	218.35	327.52	355.49	331.71	357.12
34	396.76	415.06	418.00	469.05	223.57	335.36	363.99	339.64	365.67
35	406.03	424.76	427.77	480.00	228.80	343.19	372.50	347.58	374.21
36	415.30	434.46	437.54	490.96	234.02	351.03	381.00	355.52	382.75
37	424.57	444.15	447.30	501.92	239.24	358.87	389.51	363.45	391.30
38	429.67	449.49	452.67	507.95	242.12	363.17	394.19	367.82	396.00
39	434.77	454.82	458.05	513.98	244.99	367.48	398.86	372.18	400.70
40	451.92	472.76	476.11	534.25	254.65	381.98	414.60	386.86	416.50
41	469.53	491.19	494.67	555.07	264.58	396.87	430.75	401.94	432.73
42	488.07	510.58	514.20	576.99	275.03	412.54	447.76	417.81	449.82
43	507.08	530.46	534.22	599.46	285.73	428.60	465.20	434.08	467.34
44	527.01	551.31	555.22	623.02	296.97	445.45	483.48	451.14	485.70
45	547.40	572.65	576.71	647.13	308.46	462.69	502.19	468.60	504.50
46	568.72	594.95	599.17	672.34	320.47	480.71	521.75	486.85	524.15
47	590.97	618.23	622.61	698.64	333.01	499.51	542.16	505.90	544.65
48	614.15	642.47	647.03	726.03	346.07	519.10	563.43	525.74	566.01
49	638.25	667.68	672.42	754.53	359.65	539.47	585.54	546.37	588.23
50	663.28	693.87	698.79	784.12	373.75	560.63	608.50	567.79	611.29
51	689.24	721.02	726.13	814.80	388.38	582.57	632.31	590.01	635.22
52	716.12	749.14	754.46	846.58	403.53	605.29	656.98	613.03	659.99
53	743.93	778.24	783.76	879.46	419.20	628.80	682.49	636.83	685.62
54	773.13	808.78	814.52	913.98	435.65	653.48	709.28	661.83	712.54
55	803.26	840.30	846.26	949.60	452.63	678.95	736.92	687.62	740.30
56	834.78	873.27	879.47	986.86	470.39	705.59	765.83	714.60	769.35
57	867.22	907.22	913.65	1,025.22	488.67	733.01	795.60	742.38	799.25
58	901.06	942.61	949.30	1,065.22	507.74	761.61	826.64	771.34	830.44
59	936.29	979.46	986.41	1,106.86	527.59	791.38	858.96	801.50	862.90
60	972.90	1,017.77	1,024.99	1,150.15	548.22	822.33	892.55	832.84	896.65
61	1,010.91	1,057.53	1,065.03	1,195.08	569.64	854.46	927.42	865.38	931.68
62	1,010.91	1,057.53	1,065.03	1,195.08	569.64	854.46	927.42	865.38	931.68
63	1,010.91	1,057.53	1,065.03	1,195.08	569.64	854.46	927.42	865.38	931.68
Más de 64	1,010.91	1,057.53	1,065.03	1,195.08	569.64	854.46	927.42	865.38	931.68

Obtenga información sobre la cobertura dental y de la vista

Con nuestros planes dentales y cobertura para la vista de Kaiser Permanente Individuals and Families, usted obtiene los beneficios que necesita y la atención de calidad que espera. No hay periodo de espera: puede empezar a recibir los servicios cubiertos desde el momento en que su cobertura entra en vigencia.

Cuidado de la vista esencial

Puede recibir servicios de optometría como exámenes de la vista de rutina, pruebas de detección de glaucoma y pruebas de detección de cataratas sin una remisión de su médico personal. Necesitará una remisión para obtener atención de un oftalmólogo. Muchos centros médicos de Kaiser Permanente cuentan con un centro de la visión donde pueden realizarle exámenes y adquirir artículos para la visión y lentes de contacto de calidad. Para localizar un centro médico con un centro de la visión y encontrar información sobre otros beneficios para la vista, visite kp2020.org (en inglés).

Para obtener información sobre la cobertura de la vista y sus limitaciones:

Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-777-7902** (TTY **711**), de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 9 p. m. (excepto los días festivos).

Consulte su Acuerdo de membresía y Evidence of Coverage.

Regístrese en kp.org/espanol y lea un resumen de sus beneficios en línea.

Servicios dentales pediátricos

Los servicios de atención dental para niños menores de 19 años se consideran un beneficio de salud esencial de acuerdo con la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA) y están incluidos en los planes On-Exchange.

Elija un dentista

Puede elegir cualquier dentista general de la lista de proveedores dentales participantes. También está disponible la atención especializada. Para consultar a un especialista participante, necesitará una referencia de un dentista general participante. Estos dentistas se encuentran ubicados de forma conveniente a lo largo de la comunidad.

Para localizar un proveedor participante, visite dominiondental.com/kaiserdentists o llame a Dominion al **1-855-733-7524**.

Beneficios, Exclusiones y Limitaciones

Exclusiones Médicas

Esta disposición proporciona información sobre los servicios que no pagaremos, independientemente de si el servicio es o no necesario desde el punto de vista médico.

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

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

Los siguientes servicios están excluidos de la cobertura:

1. **Ciertos Servicios Médicos Alternativos**, excepto cuando se usan para la anestesia, los servicios de acupuntura y cualquier otro servicio de un acupunturista, naturópata y terapeuta de masajes.
2. **Ciertos Exámenes y Servicios**: Exámenes físicos y otros servicios:
 - a. Necesarios para conseguir o conservar el empleo o para participar en programas para empleados.
 - b. Necesarios para obtener determinaciones sobre seguros, licencias o discapacidad.
 - c. Solicitados por orden judicial o necesarios para obtener libertad condicional o un periodo de prueba.
3. Los **Servicios Estéticos**, incluidos la cirugía o los servicios relacionados, y otros servicios con fines estéticos para mejorar la apariencia, pero no para restaurar la función del organismo o corregir la deformidad resultante de una enfermedad, traumatismo o anomalías congénitas o del desarrollo. Ejemplos de servicios estéticos incluyen, entre otros, la dermatología estética, los servicios quirúrgicos estéticos y los servicios dentales estéticos.
4. **Atención de Custodia**, se refiere a la ayuda para las actividades de la vida diaria (por ejemplo: caminar, acostarse y levantarse de la cama, bañarse, vestirse, comer, ir al baño y tomar medicamentos) o la atención que pueden brindar de manera segura y eficaz personas que, para hacerlo, no necesitan títulos o certificados médicos ni la supervisión de un enfermero titulado.
5. **Suministros Desechables** para uso doméstico, como vendajes, gasas, cinta adhesiva, antisépticos, apósitos y vendajes elásticos.
6. **Equipo Médico Duradero**, a excepción del equipo que cubriríamos específicamente.
7. **Responsabilidad del Empleador o del Gobierno**: La responsabilidad financiera de pagar los servicios que un empleador o agencia gubernamental tiene la obligación legal de proporcionar.
8. **Servicios Experimentales o de Investigación**: Un servicio 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 puede ponerse a la venta legalmente en los Estados Unidos sin la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) federal y no se le ha otorgado esa aprobación.
 - b. Actualmente es el sujeto de una solicitud de un nuevo medicamento o dispositivo que ya se presentó a la FDA y la FDA aún no la aprueba.
 - c. Está sujeto a la aprobación o revisión de una Junta de Revisión Institucional (Institutional Review Board, IRB) del centro de atención que aprueba o revisa la investigación en cuanto a la seguridad, toxicidad o eficiencia de servicio.
 - d. Es el sujeto de un protocolo escrito usado por el centro de tratamiento para investigación, ensayos clínicos y otras pruebas o estudios para evaluar su seguridad, efectividad, toxicidad o eficacia, tal como se muestra en el protocolo mismo o en el formulario de consentimiento por escrito que usa el centro de atención.

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

- a. su expediente médico;
 - b. los protocolos u otros documentos escritos conforme a los cuales se prestó o se prestará el servicio;
 - c. cualquier documento de consentimiento que usted o su representante haya ejecutado o que se le pedirá que ejecute para recibir el servicio;
 - d. los expedientes y registros de la IRB o de alguna otra organización similar que aprueben o describan la investigación en la institución en la que el servicio haya sido proporcionado o vaya a proporcionarse, y cualquier otra información relacionada con la autoridad o las acciones de la IRB o alguna otra organización similar;
 - e. los escritos médicos o científicos publicados sobre el servicio, como se hayan aplicado a su enfermedad o lesión;
 - f. regulaciones, registros, solicitudes y cualquier otro documento o acción emitido por, presentado con o tomado por la FDA, la Oficina de Evaluación Tecnológica u otras agencias dentro del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o cualquier agencia estatal que realice funciones similares. Consultaremos a nuestro Grupo Médico y luego usaremos los criterios que se describen anteriormente para decidir si un servicio en particular es experimental o de investigación.
9. **Aparatos Prostéticos y Ortopédicos Externos:** Los servicios y suministros para dispositivos protésicos y ortopédicos externos.
10. **Servicios de Infertilidad:**
- a. Los servicios para la inseminación artificial o fecundación in vitro, o cualquier otro medio artificial o quirúrgico de concepción, incluido cualquier medicamento que se administre en relación con dichos procedimientos.
 - b. Cualquier servicio o suministro proporcionado a una persona no cubierta por cualquier plan de salud en relación

con un embarazo por maternidad subrogada o gestacional (incluido, entre otros, una mujer que da a luz a un bebé para una pareja infértil).

c. Medicamentos que se usan para tratar la infertilidad.

11. **Referencias Prohibidas:** Pago de cualquier reclamación, factura u otro pedido o solicitud de pago por servicios cubiertos que se determine que se hizo como resultado de una referencia prohibida por ley.
12. **Servicios de Cuidado Rutinario de los Pies.**
13. **Servicios para Miembros bajo Custodia de los Oficiales del Orden Público:** Los servicios de proveedores fuera del plan proporcionados u coordinados por instituciones de justicia penal para los miembros bajo la custodia de oficiales del orden público, a menos que los servicios estén cubiertos como servicios de emergencia.
14. **Gastos de Viaje y Hospedaje,** a excepción de los que se presenten en algunas situaciones, si un médico del plan lo refiere a un proveedor fuera de nuestra área de servicio, podríamos pagar ciertos gastos que autorizamos previamente de acuerdo con nuestras pautas de viaje y hospedaje.
15. **Compensación del Trabajador o Responsabilidad del Empleador:** La responsabilidad financiera por los servicios proporcionados para cualquier enfermedad, lesión o condición, en la medida en la que un pago o cualquier otro beneficio, incluido cualquier monto recibido como un acuerdo (colectivamente llamado "Beneficio Financiero"), se proporcione por medio de cualquier ley de compensación de los trabajadores o de responsabilidad civil del empleador. Proporcionaremos los servicios incluso si no está claro si tiene derecho a recibir un Beneficio Financiero, pero podremos recuperar el valor de cualquiera de los servicios cubiertos de las siguientes fuentes:
 - a. De toda fuente que proporcione un Beneficio Financiero o de la cual deba recibirse un Beneficio Financiero.

b. De usted, en la medida en que un Beneficio Financiero se ofrezca o sea pagadero, o habría sido necesario brindar o pagarse si hubiera intentado con atención y constancia establecer su derecho a recibir el Beneficio Financiero conforme a cualquiera de las leyes de compensación del trabajador o de responsabilidad civil del empleador.

Limitaciones Médicas

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

1. Un desastre importante.
2. Una epidemia.
3. Guerra.
4. Disturbios.
5. Insurrección civil.
6. Incapacidad de una gran parte del personal de un hospital o centro 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 de Permanente Medical Group solo serán responsables del reembolso de los gastos necesarios en los que incurra un miembro al adquirir los servicios por medio 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, él o ella le informará si no hay otra alternativa aceptable desde el punto de vista profesional. Usted puede obtener una segunda opinión de otro médico del plan. Si usted aún se niega a aceptar los servicios recomendados, nosotros y los proveedores del plan no tenemos más responsabilidad de proporcionar o cubrir ningún tratamiento alternativo que usted pudiera solicitar para esa condición.

Exclusiones de Farmacia

No cubrimos lo siguiente:

1. Los medicamentos para los cuales la ley no exige una receta, a excepción de los medicamentos sin receta que son recetados por un proveedor del plan y que se mencionan en nuestra Lista de medicamentos recetados disponibles.
2. Medicamentos para los cuales hay un medicamento de venta libre que es el equivalente químico idéntico (es decir, el mismo ingrediente activo y la misma dosis) del medicamento recetado, a menos que lo prohíban las leyes federales o estatales encargadas de los beneficios esenciales para la salud.
3. Las preparaciones de compuestos que no contengan al menos un ingrediente que requiera receta médica y que no se mencionen en nuestra Lista de medicamentos recetados disponibles.
4. Los medicamentos obtenidos en una farmacia fuera del plan, excepto cuando el medicamento se receta durante una consulta de atención de emergencia o de urgencia en la que se prestan servicios cubiertos o asociados con una remisión autorizada cubierta fuera del área de servicio.
5. Los medicamentos para llevar a casa recibidos en un hospital, un centro de enfermería especializada u otro centro similar.
6. Los medicamentos que no se mencionan en nuestra Lista de medicamentos recetados disponibles.
7. Los medicamentos que se consideran experimentales o de investigación.
8. Los medicamentos que por ley el miembro no está obligado a pagar o que no se cobren.
9. Sangre o productos derivados de la sangre.
10. Los medicamentos o preparaciones dermatológicas, ungüentos, lociones y cremas recetados con fines cosméticos, incluidos, entre otros, los medicamentos que se usan para retardar o revertir los efectos del envejecimiento de la piel o para el tratamiento de hongos en las uñas o la caída del cabello.

11. Alimentos médicos.
12. Los medicamentos para paliar y manejar una enfermedad terminal si son proporcionados por una agencia de cuidados paliativos autorizada a un miembro que participe en nuestro programa de cuidados paliativos.
13. El reemplazo de recetas necesario por robo o pérdida.
14. Medicamentos recetados y accesorios que son necesarios para los servicios que no cubrimos.
15. El embalaje especial (por ejemplo, envases tipo blíster, dosis unitarias o de unidad de uso) que sea diferente al embalaje estándar de nuestros medicamentos recetados.
16. Formulaciones o métodos de entrega, que:
 - a. son diferentes a nuestra formulación o método de entrega de medicamentos recetados
 - b. no se consideran necesarios desde el punto de vista médico
17. El equipo médico duradero, los aparatos protésicos u ortopédicos y sus suministros, incluidos: medidores de flujo máximo, nebulizadores y espaciadores; y suministros para ostomía y urología.
18. Los medicamentos y dispositivos que se proporcionen durante una estancia cubierta en un hospital o centro de enfermería especializada, o que requieran la administración o la observación por parte del personal médico y que sean proporcionados en un consultorio médico o durante las visitas domiciliarias. Esto incluye el equipo y los suministros asociados con la administración de un medicamento.
19. Vendaje o apósitos.
20. Equipos y suministros para la diabetes.
21. La terapia de la hormona de crecimiento para el tratamiento en adultos mayores de 18 años, excepto cuando la indique un médico del plan, de conformidad con las pautas clínicas para adultos.
22. Las inmunizaciones y vacunas que son necesarias únicamente para viajar.

23. Cualquier producto de medicamentos recetados que sea terapéuticamente equivalente a un medicamento de venta libre, sujeto a la revisión y determinación del Comité de Farmacia y Terapéutica.
24. Los medicamentos para el tratamiento de trastornos relacionados con la disfunción sexual, como la disfunción eréctil.
25. Los medicamentos para el tratamiento de la infertilidad.

El Plan de Salud del Comité de Farmacia y Terapéutica establece limitaciones de dispensación de acuerdo a las indicaciones terapéuticas basadas en la Literatura Médica y las investigaciones. El Comité también se reúne periódicamente para considerar agregar y eliminar medicamentos recetados de la Lista de medicamentos recetados disponibles. Si desea saber si algún medicamento en particular está incluido en nuestra Lista de medicamentos recetados disponibles, visítenos en línea en:

https://healthy.kaiserpermanente.org/static/health/pdfs/formulary/mid/mid_exchange_formulary.pdf

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

Limitaciones de Farmacia

En el caso de los medicamentos recetados por dentistas, la cobertura se limita a antibióticos y medicamentos para aliviar el dolor que estén incluidos en nuestra Lista de medicamentos recetados disponibles y que se compren en una farmacia del plan, a menos que se cumplan los requisitos para recibir cobertura de medicamentos no preferidos.

En caso de emergencia civil o escasez de uno o más medicamentos recetados, podríamos limitar la disponibilidad previa consulta con nuestro Departamento de Manejo de Emergencias del plan de salud o con nuestro Comité de Farmacia y Terapéutica. Si se limita, se aplicará el costo compartido correspondiente por medicamento recetado. Sin embargo, el miembro podrá presentar una reclamación

por la diferencia que haya entre el costo compartido de una receta completa y el costo compartido proporcional de la cantidad efectivamente recibida.

A excepción de los medicamentos de mantenimiento, los miembros están limitados a obtener un suministro de hasta treinta (30) días de medicamentos que no sean anticonceptivos y se les cobrará el costo compartido correspondiente según:

- a. la dosis prescrita
- b. el tamaño estándar del paquete del fabricante
- c. límites de surtido especificados

Exclusiones Dentales

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

1. Los servicios que están cubiertos por las leyes de la compensación del trabajador o de responsabilidad del empleador.
2. Los servicios que no sean necesarios para la salud dental del paciente según lo determine el plan.
3. La odontología cosmética, electiva o estética excepto cuando se requiera debido a una lesión corporal accidental de dientes naturales sanos según lo determinemos nosotros.
4. La cirugía bucal que requiera la restauración de fracturas o dislocaciones.
5. Los servicios relacionados con tumores malignos, quistes o neoplasmas, malformaciones hereditarias, congénitas, de prognatismo mandibular o del desarrollo, cuando opinemos que dichos servicios no deberían realizarse en un consultorio dental.
6. El suministro de medicamentos.
7. La hospitalización para cualquier procedimiento dental.
8. El tratamiento que se requiera para las condiciones causadas por un desastre importante, una epidemia, una guerra, actos de guerra (declarada o no declarada) o mientras está en servicio activo como miembro de las fuerzas armadas de cualquier país.
9. El reemplazo debido a la pérdida o el robo de prótesis.
10. Los procedimientos no mencionados como beneficios cubiertos.
11. Los servicios recibidos por un proveedor dental no participante que no fue autorizado previamente por nosotros (a excepción de los servicios dentales de emergencia fuera del área).
12. Los servicios relacionados con el tratamiento del Trastorno Temporomandibular (Temporomandibular Disorder, TMD), excepto cuando el TMD sea consecuencia de una maloclusión grave, disfuncional e incapacitante que requiera servicios de ortodoncia necesarios desde el punto de vista médico.
13. Servicios prestados por un especialista participante sin la remisión de un dentista general participante, a excepción de la ortodoncia.
14. La cirugía electiva, incluida, entre otras cosas, la extracción de dientes retenidos sin síntomas y no patológicos, según lo determinemos nosotros. Es posible que esté cubierta la extracción profiláctica de estos dientes para los servicios de ortodoncia necesaria desde el punto de vista médico (sujeto a revisión).
15. La ortodoncia no necesaria desde el punto de vista médico y el Tratamiento de Fase I para la ortodoncia necesaria desde el punto de vista médico no son beneficios cubiertos. Los miembros pueden obtener un descuento a través de los acuerdos con nuestros ortodoncistas participantes. Estos acuerdos con proveedores no crean ninguna responsabilidad de pago por parte de nosotros y los pagos hechos por el miembro por estos servicios no contribuyen al gasto máximo de bolsillo. El sistema Invisalign y los aparatos de ortodoncia especializados similares no son un beneficio cubierto.

Limitaciones Dentales

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

1. Una (1) evaluación está cubierta cada seis (6) meses, por paciente. Las evaluaciones completas bucales están limitadas a una vez cada doce (12) meses.
2. Una (1) limpieza dental está cubierta cada seis (6) meses, por paciente.
3. Una (1) aplicación de flúor está cubierta cada seis (6) meses, por paciente.
4. Un (1) juego de radiografías de mordida está cubierto cada seis (6) meses, por paciente, a partir de los dos (2) años de edad.
5. Un (1) juego de radiografías de toda la boca o película panorámica está cubierto cada cinco (5) años por paciente, a partir de los seis (6) años de edad. Las radiografías panorámicas se limitan a las personas de 6 a 18 años. Se cubre como máximo un (1) juego de radiografías por consulta.
6. Un (1) sellador por diente se cubre cada treinta y seis (36) meses, por paciente, hasta los dieciocho (18) años (limitado a las superficies oclusales de los dientes permanentes posteriores sin restauraciones ni caries).
7. Una (1) aplicación de medicamento para detener la caries provisional por diente primario está cubierta de por vida.
8. Un (1) mantenedor de espacio está cubierto cada veinticuatro (24) meses, por paciente, por arco.
9. Un (1) mantenedor de espacio tipo zapatilla distal, fijo, unilateral de por vida.
10. El reemplazo de un empaste está cubierto si han pasado más de tres (3) años desde la fecha original de la colocación.
11. El reemplazo de una corona de acero inoxidable primaria (menores de quince [15] años), corona, dentadura postiza u otro dispositivo protésico está cubierto si han pasado más de cinco (5) años desde la fecha original de la colocación.
12. Los copagos por coronas y puentes se aplican al tratamiento que involucra cinco (5) o menos unidades cuando se presentan en un único plan de tratamiento. Las unidades adicionales de coronas y puentes, comenzando con la sexta unidad, están disponibles al cargo Usual, Costumario y Razonable (Usual, Customary, and Reasonable, UCR) del proveedor, menos el 25 %.
13. Los revestimientos y el rebasado de dentaduras postizas están cubiertos una vez cada veinticuatro (24) meses, por paciente.
14. El tratamiento de conducto radicular está cubierto una sola vez por diente, de por vida.
15. El raspado y alisado radicular se limitan a uno (1) cada veinticuatro (24) meses por paciente, por cuadrante.
16. Limpieza de sarro en presencia de inflamación gingival moderada o grave generalizada: boca completa, después de la evaluación bucal y en lugar de una limpieza cubierta, limitada a una vez cada dos (2) años.
17. La cirugía ósea, el procedimiento de colgajo gingival y la gingivectomía o gingivoplastia se limitan a uno (1) cada treinta y seis (36) meses.
18. El desbridamiento de toda la boca está cubierto una vez de por vida por paciente.
19. Una (1) limpieza de sarro y desbridamiento con inflamación o mucositis de un solo implante, incluida la limpieza de las superficies del implante, sin inserción y cierre del colgajo, cada dos (2) años.
20. La aplicación localizada de agentes antimicrobianos se limita a un (1) beneficio por diente para tres (3) dientes por cuadrante o un total de doce (12) dientes para los cuatro cuadrantes, cada doce (12) meses. Debe tener bolsas con una profundidad de cinco (5) milímetros o más.
21. La cirugía periodontal de cualquier tipo, incluido cualquier material asociado, se cubre una vez cada veinticuatro (24) meses por cuadrante o sitio quirúrgico.

22. El mantenimiento periodontal se cubre dos veces por año calendario, además de la profilaxis para adultos, en un plazo de veinticuatro (24) meses después de la terapia periodontal definitiva.
23. Coronectomía: extracción parcial intencional de un diente una (1) vez de por vida.
24. El revestimiento y el rebasado de las dentaduras postizas se limitan a uno (1) en un periodo de treinta y seis (36) meses, después de seis (6) meses de la colocación inicial.
25. La anestesia requiere que se conserve en los registros del paciente una declaración escrita de la necesidad desde el punto de vista médico. Se permite un máximo de sesenta (60) minutos de servicios para la anestesia general y la sedación consciente intravenosa o no intravenosa.
26. Los protectores oclusales están cubiertos, por informe, para pacientes de trece (13) años de edad o mayores cuando el propósito del protector oclusal sea el tratamiento del bruxismo o el diagnóstico de trastornos diferentes al Trastorno Temporomandibular (TMD). Los protectores oclusales se limitan a uno (1) por cada periodo de doce (12) meses consecutivos.
27. La sedación profunda o la anestesia general y la sedación consciente intravenosa están cubiertas (por informe) únicamente cuando se proporcionan en relación con procedimientos cubiertos cuando se determina que son necesarios desde el punto de vista médico o dental para pacientes con una discapacidad o falta de control documentada, o si existen condiciones médicas o dentales justificables.
28. Las dentaduras parciales fijas, las reconstrucciones, y los pernos y muñones para miembros menores de 16 años se cubren únicamente si lo consideramos necesario.
29. Las incrustaciones, las coronas, y los pernos y muñones para miembros de 12 años o menores se cubren únicamente si lo consideramos necesario. Los pernos y muñones colados se procesan como un beneficio alternativo a un perno o muñón prefabricado. Los pernos son elegibles únicamente cuando se colocan como parte de una reconstrucción de corona o implante y son considerados una parte integral de la reconstrucción o el implante.
30. La ortodoncia solo está cubierta si es necesaria desde el punto de vista médico según lo determinemos nosotros. Los copagos del paciente se aplicarán únicamente a la parte del aparato de ortodoncia de rutina de los servicios. Los costos adicionales en los que se incurra serán la responsabilidad del paciente.
31. Las consultas de teledentista sincronizadas o no sincronizadas se limitan a dos (2) por año calendario.

Servicios de Salud para la Mujer

Esta página resume la información de cobertura y costo compartido para los servicios de salud para la mujer que Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc., proporciona a los miembros del Plan de Salud en Washington, D.C.

- Todos los métodos anticonceptivos, procedimientos de esterilización y educación y asesoramiento para los pacientes aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos para las mujeres con capacidades reproductivas están cubiertos bajo la Atención Preventiva sin cargo.
- Cobertura sin cargo para medicamentos, dispositivos, productos y servicios anticonceptivos, incluidos los que se obtienen con y sin receta. Los miembros pueden obtener un suministro de hasta 12 meses de medicamentos anticonceptivos recetados de una sola vez o durante el transcurso de los 12 meses a elección del paciente.
- Cobertura sin cargo para los siguientes servicios y productos de atención preventiva:
 - a) Prueba de detección de cáncer de seno.
 - b) Prueba adyuvante de detección de cáncer de seno, incluidas imágenes de resonancia magnética, ecografía o imágenes moleculares de seno, si:
 - La mamografía demuestra una clasificación de densidad mamaria de Clase C o Clase D.
 - Se considera que la mujer tiene un mayor riesgo de cáncer debido a antecedentes familiares o antecedentes personales anteriores de cáncer de mama, pruebas genéticas positivas u otras indicaciones de un mayor riesgo de cáncer según lo determine el médico de la mujer o una enfermera registrada de práctica avanzada.
 - c) Apoyo, servicios y suministros para lactancia materna.
 - d) Prueba de detección de cáncer cervical, incluidas las pruebas de VPH.
 - e) Prueba de detección de la diabetes gestacional.
 - f) Prueba de detección de VIH y asesoramiento.
 - g) Pruebas de detección y asesoramiento sobre la violencia interpersonal y doméstica.

h) Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual y asesoramiento.

i) Prueba de detección de Hepatitis B y C y asesoramiento.

j) Consultas de bienestar de la mujer, incluidas las consultas para obtener la atención preventiva necesaria, la atención previa a la concepción y la atención prenatal.

k) Suplementos de ácido fólico.

l) Asesoramiento sobre quimioprevención del cáncer de seno y medicamentos preventivos.

m) Valoración de riesgos y asesoría y pruebas genéticas utilizando la herramienta de Valoración de Riesgos de Cáncer de Seno aprobada por el Instituto Nacional del Cáncer.

n) Prueba de detección de incompatibilidad de Rh durante el embarazo.

o) Artículos basados en evidencia, servicios, artículos de medicamentos recetados que tienen en vigencia una calificación de "A" o "B" en las recomendaciones del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos al 19 de septiembre de 2017.

p) Cualquier servicio o producto de salud adicionales, incluidos los productos, dispositivos y medicamentos anticonceptivos identificados por las reglas emitidas de conformidad con el Código de DC §31-3834.02, subsección (c).

"Sin cargo" indica que los servicios y productos de arriba se proporcionarán al miembro sin costo, incluso si aún no se alcanza el deducible del plan. Esto significa ninguna responsabilidad financiera para el miembro. Los servicios realizados fuera de la red pueden estar sujetos a un costo compartido.

Aviso de beneficio exento: un empleador organizado, que opera como una entidad sin fines de lucro y mencionado en la sección 6033(a)(3)(A)(i) o (iii) del Código de Impuestos Internos de 1986, aprobado el 22 de octubre de 1986 (100

Estatuto 2740; Título 26 del Código de EE. UU., § 6033 (a)(3)(A)(i) o (iii)), puede estar exento de cualquier requisito para cubrir medicamentos, dispositivos, productos y servicios anticonceptivos según las §§ 31-3834.01, 31-3834.02 y 31-3834.03.

Centros de atención médica de Kaiser Permanente

Maryland

- 1 Abingdon Medical Center
- 2 Annapolis Medical Center
- 3 **APERTURA POR DEFINIRSE**
Centro Médico en Aspen Hill
- 4 Kaiser Permanente Baltimore Harbor Medical Center
- 5 Bowie Fairwood Medical Center
- 6 Camp Springs Medical Center
- 7 Columbia Gateway Medical Center
- 8 Kaiser Permanente Frederick Medical Center
- 9 Gaithersburg Medical Center
- 10 **ABRE EN 2022**
Centro Médico en Hyattsville
- 11 Kensington Medical Center
- 12 Largo Medical Center
- 13 **ABRE EN 2022**
Lutherville-Timonium Medical Center
- 14 Marlow Heights Medical Center
- 15 North Arundel Medical Center
- 16 Prince George's Medical Center
(cerrará cuando abra el Centro Médico en Hyattsville)
- 17 Shady Grove Medical Center
- 18 Silver Spring Medical Center
- 19 South Baltimore County Medical Center
- 20 Towson Medical Center
(cerrará cuando abra el Lutherville-Timonium Medical Center)
- 21 **APERTURA POR DEFINIRSE**
Centro Médico en Waldorf
- 22 **ABRE EN 2021**



- 23 White Marsh Medical Center
- 24 Woodlawn Medical Center

Virginia

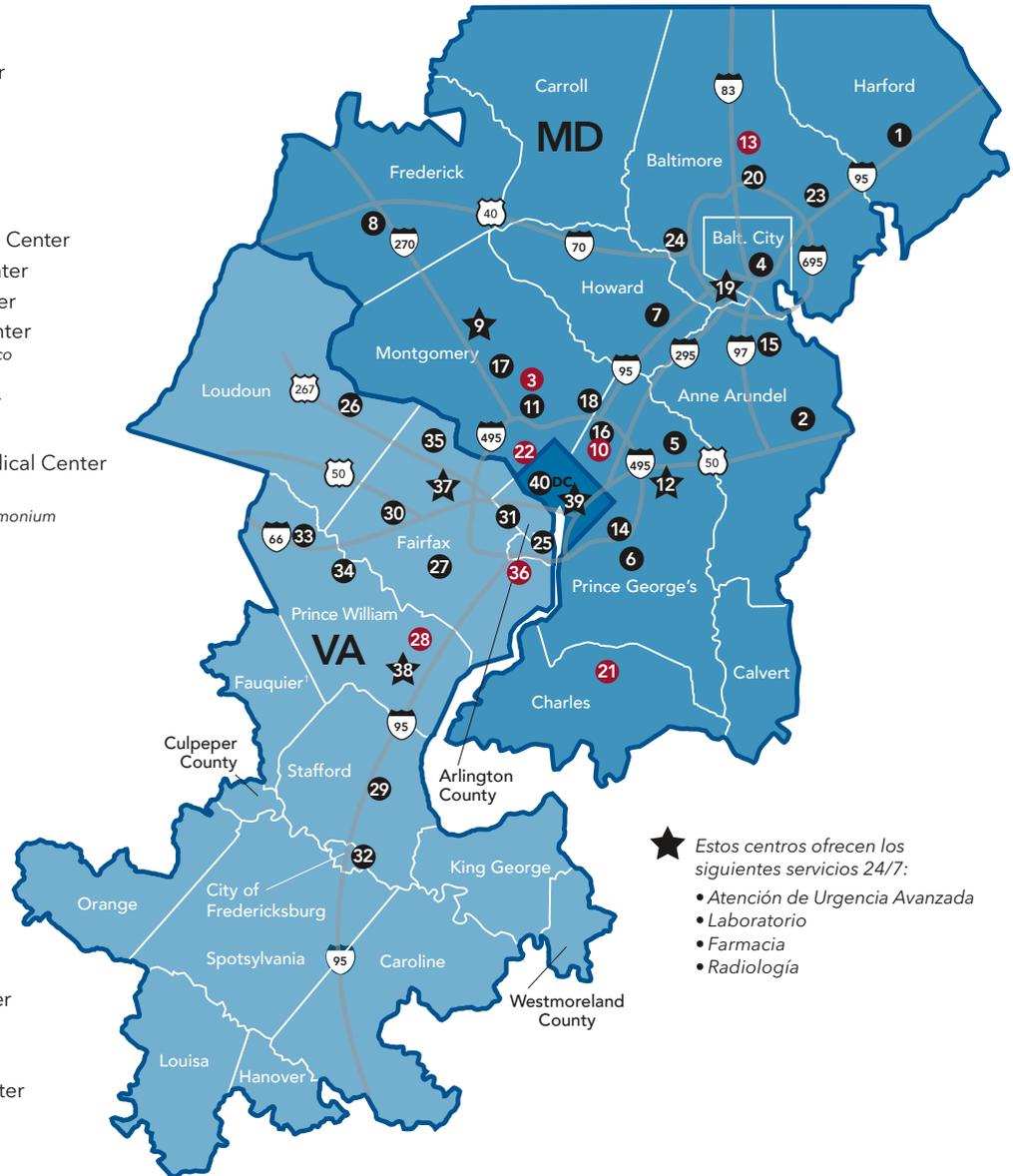
- 25 Alexandria Medical Center
- 26 Ashburn Medical Center
- 27 Burke Medical Center
- 28 **ABRE EN 2022**
Caton Hill Medical Center
- 29 Colonial Forge Medical Center
- 30 Fair Oaks Medical Center
- 31 Falls Church Medical Center
- 32 Fredericksburg Medical Center

- 33 Haymarket Crossroads Medical Center
- 34 Manassas Medical Center
- 35 Reston Medical Center
- 36 **ABRE EN 2022**
Springfield Medical Center
(junto al centro de atención actual)
- 37 Tysons Corner Medical Center

- 38 Woodbridge Medical Center
(cerrará cuando abra el Caton Hill Medical Center)

Washington, DC

- 39 Kaiser Permanente Capitol Hill Medical Center
- 40 Northwest DC Medical Office Building



- ★ Estos centros ofrecen los siguientes servicios 24/7:
- Atención de Urgencia Avanzada
 - Laboratorio
 - Farmacia
 - Radiología

Consulte en kp.org/facilities (en inglés) la lista más actualizada de los servicios que se prestan en los centros médicos de Kaiser Permanente.

¹El área de servicio de Kaiser Permanente para Fauquier County incluye los siguientes códigos postales: 20115, 20116, 20117, 20119, 20128, 20137, 20138, 20139, 20140, 20144, 20181, 20184, 20185, 20186, 20187, 20188, 20198, 22406, 22556, 22639, 22642, 22643, 22720, 22728, and 22739.

1. Kaiser Permanente mejoró el control de la presión arterial en los miembros negros o afroamericanos con hipertensión, aumentó las tasas de pruebas de detección de cáncer colorrectal en los miembros hispanos o latinos y mejoró el control de azúcar en la sangre en los miembros con diabetes. Los datos autoinformados de raza y etnia se capturan en KP HealthConnect, y las medidas Healthcare Effectiveness Data and Information Set (HEDIS®) se actualizan trimestralmente en el sistema Clinical Outcomes Reporting (CORE) Datamart interregional. 2. Cuando corresponda y estén disponibles. Si viaja fuera del estado, es posible que las consultas por teléfono y las videoconsultas no estén disponibles debido a leyes estatales que puedan impedir que los médicos brinden atención en otros estados. Las leyes varían según el estado. 3. En caso de una pandemia, es posible que algunos centros de atención estén cerrados o trabajen en un horario y con servicios limitados. 4. Disponible para la mayoría de los pedidos de medicamentos; pueden aplicarse cuotas adicionales. Para obtener más información, comuníquese con la farmacia. 5. Los planes de salud que tengan un deducible alto podrían requerir un copago o coseguro para las consultas por teléfono y las videoconsultas. 6. Fuente: Kaiser Permanente Telehealth Insights Dashboard. 7. Calificaciones en HEDIS® de Kaiser Permanente en 2020. Los datos de referencia fueron proporcionados por Quality Compass® del Comité Nacional de Control de Calidad (National Committee for Quality Assurance, NCQA) y representan todas las líneas de negocio. El Departamento de Calidad de la Atención y Servicio de Kaiser Permanente proporcionó las calificaciones regionales combinadas de Kaiser Permanente. Los datos que aparecen en esta publicación provienen de Quality Compass 2020 y se utiliza con el permiso del NCQA. Quality Compass 2020 incluye ciertos datos de la Evaluación del Consumidor de Proveedores y Sistemas de Atención Médica (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems, CAHPS). Toda exposición, análisis, interpretación o conclusión que se base en estos datos es exclusiva de los autores, y el NCQA se exime específicamente de toda responsabilidad por tal exposición, 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. 8. Es posible que algunos de estos servicios no sean beneficios de su plan de salud ni estén sujetos a los términos establecidos en su *Evidence of Coverage* u otros documentos del plan. Los servicios que no son beneficios de un plan de salud pueden suspenderse en cualquier momento y sin previo aviso. myStrength® es una marca registrada de Livongo Health, Inc., una subsidiaria que pertenece en su totalidad a Teladoc Health, Inc. 9. Estas opciones están disponibles cuando recibe atención en los centros de Kaiser Permanente. Para usar la aplicación de Kaiser Permanente, tiene que ser un miembro de Kaiser Permanente registrado en kp.org/espanol. 10. Consulte la nota 6. 11. Para ver una lista completa de servicios que puede pagar con su HSA, consulte la Publicación 502, Gastos Médicos y Dentales (Medical and Dental Expenses), en irs.gov/es. 12. La Tabla de Asignaciones muestra el monto máximo, o la asignación, que el plan pagará por cada servicio dental cubierto. El plan pagará el monto en dólares que sea más bajo de los 3 siguientes: la tarifa razonable y habitual que el dentista cobra usualmente, la tarifa que se cobró en realidad o la asignación. Cualquier diferencia entre el monto de la asignación y la tarifa del dentista será la responsabilidad del paciente.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc (Kaiser Health Plan) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivo de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. El Kaiser Health Plan no excluye a las personas o las trata de forma diferente por motivo de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. Recuerde también:

- Nosotros les brindamos ayuda y servicios sin costo alguno a las personas que tienen una discapacidad que les impide comunicarse con nosotros en forma eficaz, tales como:
 - intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - información por escrito en otros formatos, tales como letra grande, audio y otros formatos electrónicos accesibles
- Brindamos servicios de idiomas sin costo alguno a personas cuyo idioma principal no sea el inglés, tales como:
 - intérpretes calificados
 - información por escrito en otros idiomas

Si necesita dichos servicios, llame al **1-800-777-7902** (TTY: **711**)

Si cree que el Kaiser Health Plan no le ha brindado dichos servicios o ha incurrido en discriminación en contra suya de otra manera por motivo de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, usted puede presentar una queja por correo o por teléfono en: Kaiser Permanente, Appeals and Correspondence Department, Attn: Kaiser Civil Rights Coordinator, 2101 East Jefferson St., Rockville, MD 20852, número de teléfono: 1-800-777-7902.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.) y la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) a través del portal Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono: 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 (línea TDD). Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

En caso de que haya una disputa, las disposiciones de la versión aprobada del formulario en inglés prevalecerán.

AYUDA EN SU IDIOMA

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

አማርኛ (Amharic) ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገለግሉት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

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

Bàsóò Wùdù (Bassa) Dè dɛ nià kɛ dyédé gbo: ɔ jũ ké ò Bàsóò-wùdù-po-nyò jũ ní, nií, à wudu kà kò dò po-poò béin ò gbo kpáa. Đá **1-800-777-7902** (TTY: **711**)

বাংলা (Bengali) লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন **1-800-777-7902** (TTY: **711**)।

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

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

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

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

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

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

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

Igbo (Igbo) NRUBAMA: O buru na i na asu Igbo, oru enyemaka asusu, n'efu, diiri gi. Kpoo 1-800-777-7902 (TTY: 711).

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

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

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

Naabeehó (Navajo) Díí baa akó nínizín: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jik'eh, éí ná hóló, koji' hódíłnih 1-800-777-7902 (TTY: 711).

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

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

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

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

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

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

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-777-7902 (TTY: 711).

Yorùbá (Yoruba) AKIYESI: Ti o ba nso ede Yoruba ofe ni iranlowo lori ede wa fun yin o. E pe ero ibanisoro yi 1-800-777-7902 (TTY: 711).



Permítanos ayudarle a encontrar la atención que necesita

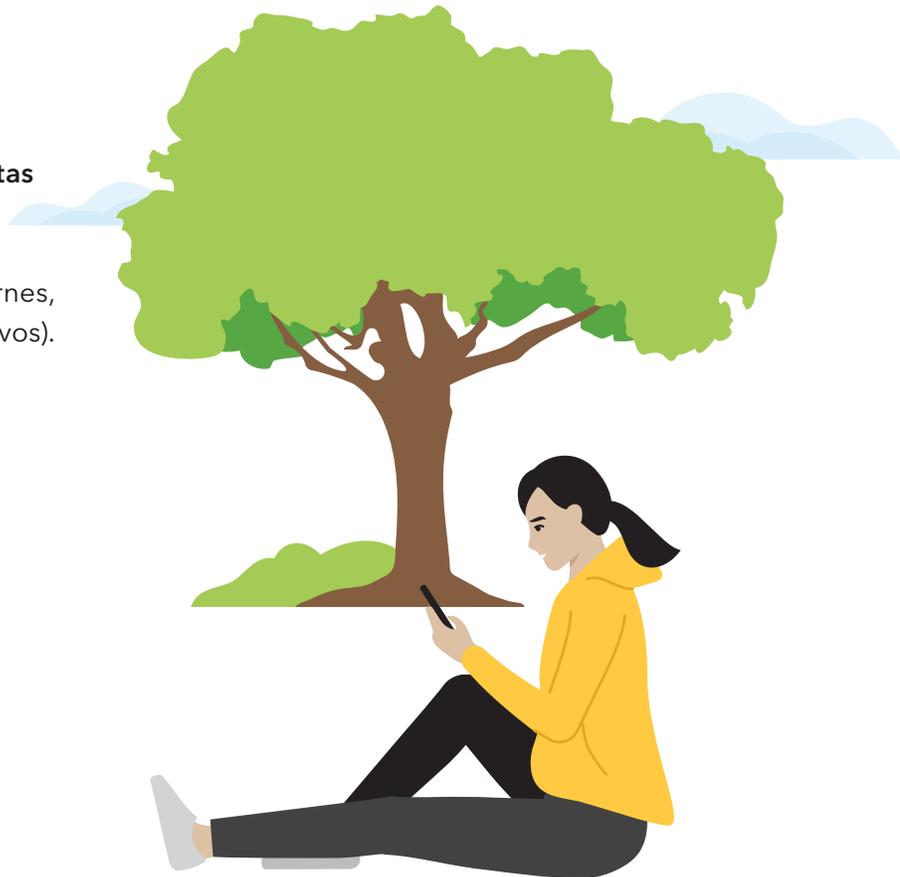
Es importante tener un buen plan de salud para nuestra tranquilidad. También es importante obtener atención de calidad. Con Kaiser Permanente, puede obtener ambos beneficios.

¿Necesita más información?

Hable hoy mismo con un especialista en inscripciones sobre la atención especializada, las opciones adicionales y mucho más. Llame al **1-800-494-5314** (TTY 711).

Visite kp.org/destinosalud para averiguar cómo podemos mejorar su experiencia de atención, sin importar la etapa de la vida en la que se encuentre.

Los miembros actuales que tengan preguntas pueden llamar a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-777-7902** (TTY 711), de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 9 p. m. (excepto los días festivos).



Comuníquese con nosotros



facebook.com/kpvivabien



youtube.com/kaiserpermanenteorg



[@kpthrive](https://twitter.com/kpthrive)

En Maryland, Virginia y el Distrito de Columbia, todos los planes son ofrecidos y están suscritos por Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc., 2101 E. Jefferson St., Rockville, MD 20852.

buykp.org (haga clic en "Español")

 **KAISER PERMANENTE®**