KAISER PERMANENTE®

Grupo: : FAMILY RELIEF RESOURCES - $24394
Región: Noroeste
Periodo del contrato: Del 1.º de septiembre de 2026 al 31 de agosto de 2027
Resumen de beneficios

DUAL CHOICE PPO PLAN D 1000/25/20%/5000
Detalles de Acumulación

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

Detalles sobre Deducibles y Gastos Máximos de Bolsillo

Los montos del costo compartido que cuentan para el deducible se muestran a continuación. El deducible dentro de la red y el deducible fuera de la red no son acumulables entre sí. Esto significa que los montos que paga por los servicios cubiertos que recibe de proveedores dentro de la red solo cuentan para el deducible dentro de la red y los montos que paga por los servicios cubiertos recibidos de proveedores fuera de la red solo cuentan para el deducible fuera de la red.

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

Deducibles	**Proveedores Dentro de la Red**	**Proveedores Fuera de la Red**[1]
Deducible individual por año (por una familia de un solo miembro)	$1000	$3000
Deducible individual por cada familiar por año (por cada miembro de una familia de dos o más miembros)	$1000	$3000
Deducible familiar por año (por una familia completa)	$3000	$9000

Gastos Máximos de Bolsillo[2]	**Proveedores Dentro de la Red**	**Proveedores Fuera de la Red**
Gasto máximo de bolsillo individual por año (por una familia de un solo miembro)	$5000	$9000
Gasto máximo de bolsillo individual por cada familiar por año (por cada miembro de una familia de dos o más miembros)	$5000	$9000
Gasto máximo de bolsillo familiar por año (por una familia completa)	$15000	$27000

Servicios Profesionales[3]	**Proveedores Dentro de la Red**	**Proveedores Fuera de la Red**
Visita al consultorio de atención médica primaria[4]	$5 por las primeras 3 consultas; luego, $45 por consultas adicionales en el mismo año Beneficio mejorado: $5 por las primeras 3 consultas; luego, $25 por consultas adicionales en el mismo año	Coseguro del 40 % después del deducible
Visitas al consultorio de atención especializada	$55 por consulta Beneficio mejorado: $35 por consulta	Coseguro del 40 % después del deducible
Telesalud[4]	$0	Coseguro del 40 % después del deducible
Exámenes físicos de rutina, incluidos los exámenes para el bienestar de la mujer	Sin costo	Coseguro del 40 % después del deducible

KAISER PERMANENTE®

Servicios Profesionales[3]	Proveedores Dentro de la Red	Proveedores Fuera de la Red
Exámenes preventivos de bienestar infantil (hasta los 23 meses de edad)	Sin costo	Coseguro del 40 % después del deducible
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.	$55 (20 consultas por terapia al año en todas las redes de proveedores); beneficio mejorado: $35 (20 consultas por terapia al año en todas las redes de proveedores)	Coseguro del 40 % después del deducible (20 consultas por terapia por año en todas las redes de proveedores)

Servicios para Pacientes Ambulatorios	Proveedores Dentro de la Red	Proveedores Fuera de la Red
Consultas por cirugía ambulatoria y algunos otros procedimientos ambulatorios	Coseguro del 20 % después del deducible	Coseguro del 40 % después del deducible
Radiografías de diagnóstico	$25 por consulta en el departamento	Coseguro del 40 % después del deducible
Servicios de laboratorio	$25 por consulta en el departamento	Coseguro del 40 % después del deducible
Radiografías preventivas, pruebas de detección y análisis de laboratorio	Sin costo	Coseguro del 40 % después del deducible
Imágenes diagnósticas avanzadas (tomografía computarizada [TC], imágenes por resonancia magnética [IRM], tomografía por emisión de positrones [TEP])	$100 por consulta en el departamento	Coseguro del 40 % después del deducible
Consulta por quimioterapia o radioterapia	$55 después del deducible Beneficio mejorado: $35 por visita después del deducible	Coseguro del 40 % después del deducible

Cobertura de Medicamentos	Proveedores Dentro de la Red	Proveedores Fuera de la Red
Farmacias minoristas (suministro de hasta 30 días)	Farmacia de Kaiser Permanente: genéricos: $10; de marca: $30; no preferidos: $60; especializados: 50 % Farmacia MedImpact: genéricos: $20; de marca: $50; no preferidos: $90; especializados: 50 %	No está cubierto
Medicamentos recetados autorizados para pedido por correo (suministro de hasta 90 días)	Farmacia de Kaiser Permanente: dos copagos al costo compartido de venta al por menor Farmacia MedImpact/CVS Caremark: tres copagos al costo compartido de venta al por menor	No está cubierto
Medicamentos administrados, incluidas las inyecciones (todos como pacientes ambulatorios)	Coseguro del 20 % después del deducible	Coseguro del 40 % después del deducible
Inyecciones para las alergias	$10 por consulta	Coseguro del 40 % después del deducible
Vacunas	Sin costo	Coseguro del 40 % después del deducible

KAISER PERMANENTE®

Cuidados de maternidad	Proveedores Dentro de la Red	Proveedores Fuera de la Red
Exámenes programados de atención prenatal y consulta posparto	Sin costo	Coseguro del 40 % después del deducible
Laboratorio	$25 por consulta en el departamento	Coseguro del 40 % después del deducible
Rayos X, imágenes diagnósticas y procedimientos especiales de diagnóstico	$25 por consulta en el departamento	Coseguro del 40 % después del deducible
Servicios de hospital para el parto y el nacimiento	Coseguro del 20 % después del deducible	Coseguro del 40 % después del deducible

Hospitalización y Servicios de Emergencia	Proveedores Dentro de la Red	Proveedores Fuera de la Red
Atención de urgencia	$90 por consulta Beneficio mejorado: $45 por consulta	Coseguro del 40 % después del deducible
Habitación y alimentación en el hospital, cirugía, anestesia, radiografías, análisis de laboratorio y medicamentos	Coseguro del 20 % después del deducible	Coseguro del 40 % después del deducible
Servicios de ambulancia (transporte de emergencia)	Coseguro del 20 % después del deducible	Cubierto en el costo compartido de proveedores dentro de la red
Visitas al Departamento de Emergencias (Emergency)	Coseguro del 20 % después del deducible	Cubierto en el costo compartido de proveedores dentro de la red

Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME)	Proveedores Dentro de la Red	Proveedores Fuera de la Red
Equipo médico duradero	Coseguro del 20 % después del deducible	Coseguro del 40 % después del deducible
Dispositivos protésicos y ortopédicos	Coseguro del 20 % después del deducible	Coseguro del 40 % después del deducible

Servicios de Salud Mental	Proveedores Dentro de la Red	Proveedores Fuera de la Red
Atención psiquiátrica como paciente hospitalizado	Coseguro del 20 % después del deducible	Coseguro del 40 % después del deducible
Consultas de terapia individual para pacientes ambulatorios[4]	$5 por las primeras 3 consultas; luego, $45 por consultas adicionales en el mismo año Beneficio mejorado: $5 por las primeras 3 consultas; luego, $25 por consultas adicionales en el mismo año	Coseguro del 40 % después del deducible

Tratamiento del Trastorno por Uso de Sustancias	Proveedores Dentro de la Red	Proveedores Fuera de la Red
Desintoxicación para pacientes hospitalizados	Coseguro del 20 % después del deducible	Coseguro del 40 % después del deducible
Consultas de terapia individual para pacientes ambulatorios[4]	$5 por las primeras 3 consultas; luego, $45 por consultas adicionales en el mismo año Beneficio mejorado: $5 por las primeras 3 consultas; luego, $25 por consultas adicionales en el mismo año	Coseguro del 40 % después del deducible

KAISER PERMANENTE®

Servicios de Salud Domiciliaria	Proveedores Dentro de la Red	Proveedores Fuera de la Red
Atención médica a domicilio	Coseguro del 20 % después del deducible (hasta 130 consultas por año en todas las redes de proveedores)	Coseguro del 40 % después del deducible (hasta 130 consultas por año en todas las redes de proveedores)

Atención alternativa	Proveedores Dentro de la Red	Proveedores Fuera de la Red
Monto máximo de beneficios	No corresponde	No corresponde
Atención de acupuntura	$25 hasta 12 consultas por año calendario en todas las redes de proveedores	Coseguro del 40 % hasta 12 consultas por año calendario en todas las redes de proveedores
Atención quiropráctica	$25 hasta 20 consultas por año calendario en todas las redes de proveedores	Coseguro del 40 % hasta 20 consultas por año calendario en todas las redes de proveedores
Terapia de masajes.	$25 hasta 12 consultas por año calendario en todas las redes de proveedores	Coseguro del 40 % hasta 12 consultas por año calendario en todas las redes de proveedores
Medicina neuropática[4]	$5 por las primeras 3 consultas; luego, $25 por las consultas adicionales en el mismo año	Coseguro del 40 % después del deducible

Otros Servicios Profesionales	Proveedores Dentro de la Red	Proveedores Fuera de la Red
Centro de enfermería especializada	Coseguro del 20 % después del deducible (hasta 100 días por año en todas las redes de proveedores)	Coseguro del 40 % después del deducible (hasta 100 días por año en todas las redes de proveedores)
Cuidados paliativos	Sin costo	Sin costo
Diagnóstico de fertilidad	Coseguro del 50 % después del deducible	Coseguro del 50 % después del deducible
Análisis de fertilidad	Coseguro del 50 % después del deducible	Coseguro del 50 % después del deducible
Tratamiento para la fertilidad	El tratamiento no está cubierto	El tratamiento no está cubierto
Atención bariátrica	Cubierto	No está cubierto
Audífonos para adultos	No está cubierto	No está cubierto
Audífonos pediátricos	Coseguro del 20 % (1 por oído cada 36 meses en todas las redes de proveedores)	Coseguro del 40 % (1 por oído cada 36 meses en todas las redes de proveedores)

Servicios para la Vista	Proveedores Dentro de la Red	Proveedores Fuera de la Red
Examen de la vista pediátrico	$25 por consulta	Coseguro del 40 % después del deducible
Examen de la vista para adultos	$45 por consulta Beneficio mejorado: $25 por consulta	Coseguro del 40 % después del deducible
Artículos para la visión pediátricos	No está cubierto	No está cubierto
Artículos para la visión para adultos	No está cubierto	No está cubierto

KAISER PERMANENTE®

1 Los proveedores fuera de la red podrían facturarle cualquier cargo que exceda la cantidad aprobada (facturación de saldos).

2. Consulte su Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) para conocer los beneficios que podrían no aplicarse para el gasto máximo de bolsillo.

3. Usted paga el costo compartido más bajo cuando usted recibe ciertos servicios cubiertos de un grupo seleccionado de proveedores dentro de la red. Esto se denomina “beneficios mejorados”. Los beneficios mejorados se muestran en este resumen. Los proveedores dentro la red que ofrecen beneficios mejorados se identifican con un asterisco (*) en el directorio de proveedores. Visite **kp.org/choiceproducts/nw** (en inglés) para consultar un directorio de proveedores.

4. Las primeras 3 consultas son cualquier combinación de servicios en persona o de telemedicina para recibir servicios médicos no especializados de atención primaria, servicios ambulatorios de salud mental, medicina naturopática o servicios ambulatorios para el trastorno por abuso de sustancias de todos los proveedores contratados combinados.

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

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicio al Cliente: 1-866-616-0047 (de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.) o visite **kp.org/espanol.**
Todas las áreas: al 1-800-813-2000, TTY: 711. Servicios de interpretación de idiomas, todas las áreas: 1-800-324-8010.

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

KAISER PERMANENTE®

Aviso de no discriminación

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

Kaiser Health Plan:

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

Si necesita estos servicios, llame a Servicio a los Miembros (Member Services) al **1-800-813-2000** (TTY: **711**).
Si cree que Kaiser Health Plan no le brindó estos servicios o le discriminó de alguna otra forma por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja formal ante nuestro coordinador de Derechos Civiles por correo postal, teléfono o fax. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, nuestro coordinador de Derechos Civiles puede brindársela. Puede ponerse en contacto con nuestro coordinador de Derechos Civiles en:

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

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

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

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

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

Este aviso está disponible en
https://healthy.kaiserpermanente.org/oregon-washington/language-assistance/nondiscrimination-notice
(haga clic en "Español")

KAISER PERMANENTE®

Help in Your Language

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

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

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

中文 (Chinese) 注意事項：如果您說中文，**您可獲得免費語言協助服務，包括適當的輔助器材和服務。致電 1-800-813-2000**（TTY：**711**）。

فارسی(Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، «تسهیلات زبانی»، از جمله کمک‌ها و خدمات پشتیبانی مناسب، به صورت رایگان در دسترس‌تان است با **1-800-813-2000** (TTY (تلفن متنی): **711**) تماس بگیرید.

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

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen die Sprachassistenz mit entsprechenden Hilfsmitteln und Dienstleistungen kostenfrei zur Verfügung. Rufen Sie **1-800-813-2000** an (TTY: **711**).

日本語 (Japanese) 注意：日本語を話す場合、適切な補助機器やサービスを含む言語支援サービスが無料で提供されます。**1-800-813-2000** までお電話ください（TTY: **711**）。

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

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

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

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

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

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

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ! Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки, включая соответствующие вспомогательные средства и услуги. Позвоните по номеру **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Español (Spanish) ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística que incluyen ayudas y servicios auxiliares adecuados y gratuitos. Llame al **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

KAISER PERMANENTE®

Tagalog (Tagalog) PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, available sa iyo ang serbisyo ng tulong sa wika kabilang ang mga naaangkop na karagdagang tulong at serbisyo, nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

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

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

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, bạn có thể sử dụng các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí, bao gồm các dịch vụ và phương tiện hỗ trợ phù hợp. Xin gọi **1-800-813-2000** (TTY: **711**).