



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, consulte [www.kp.org/plandocuments](http://www.kp.org/plandocuments) o llame al 1-855-249-5005 (TTY: 711). Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en [www.healthcare.gov/sbc-glossary](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary) o llamar al 1-855-249-5005 (TTY: 711) para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deducible total</u> ?	\$2,500 por individuo/\$5,000 por familia	En general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta la cantidad <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en la póliza, el <u>deducible</u> total de la familia debe alcanzarse antes de que el <u>plan</u> comience a pagar.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí, los <u>servicios preventivos</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <u>deducible</u> . Sin embargo, se podría aplicar un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios</u> preventivos sin <u>costos compartidos</u> antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en <a href="https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No debe pagar <u>deducibles</u> por servicios específicos, pero consulte la tabla que comienza en la página 2 para conocer otros costos de los servicios que cubre este plan.
¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	\$3,000 por individuo/\$6,000 por familia	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este <u>plan</u> , el <u>límite de gastos de bolsillo</u> total de la familia debe alcanzarse.
¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	Las <u>primas</u> , los costos de <u>facturación de saldo</u> y la atención médica que no cubre este <u>plan</u> .	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Consulte <a href="http://www.kp.org">www.kp.org</a> o llame al 1-855-249-5005 (TTY: 711) para obtener una lista de proveedores del plan.	Este <u>plan</u> utiliza una red de <u>proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> que esté incluido en la <u>red</u> del plan. Pagará más si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su <u>plan</u> paga ( <u>facturación de saldo</u> ). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.

<b>¿Necesita una <u>derivación</u> para atenderse con un <u>especialista</u>?</b>	Sí, pero puede autoderivarse a cierto <u>especialista</u> .	Este plan pagará algunos o todos los costos para ver a un <u>especialista</u> por servicios cubiertos, pero solo si tiene una <u>derivación</u> antes de ver al <u>especialista</u> .
---	---	---

 Todos los copagos y el coseguro que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su deducible, si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará	Lo que usted pagará	Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor del plan (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera del plan (Usted pagará el máximo)	
<b>Si acude al consultorio o clínica del proveedor</b>	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	Visita al consultorio: 20% de <u>coseguro</u> Visita telefónica: Sin costo Chat o visita en línea: Sin costo Visita por video: Sin costo	No está cubierto	Chat o visita en línea no sujetos al <u>deducible</u> .
	Consulta con un <u>especialista</u>	Visita al consultorio: 20% de <u>coseguro</u> Visita telefónica: Sin costo Chat o visita en línea: Sin costo Visita por video: Sin costo	No está cubierto	Chat o visita en línea no sujetos al <u>deducible</u> .
	<u>Atención preventiva/evaluación/vacunas</u>	Sin costo	No está cubierto	Usted tendrá que pagar por los servicios que no son <u>preventivos</u> . Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son preventivos. Luego, consulte lo que su <u>plan</u> pagará. No sujeto al <u>deducible</u> .
<b>Si se realiza un examen</b>	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	Radiografías: 20% de <u>coseguro</u> Laboratorio: 20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará	Lo que usted pagará	Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor del plan (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera del plan (Usted pagará el máximo)	
<b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b> Hay más información disponible sobre la <b>cobertura de medicamentos con receta médica</b> en <a href="http://www.kp.org/formulary">www.kp.org/formulary</a>	Medicamentos genéricos	Al por menor: \$20 de <u>copago</u> Orden por correo: \$40 de <u>copago</u>	No está cubierto	Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> . Los artículos de venta sin receta médica establecidos bajo las normas federales están cubiertos con una receta médica cuando se surten en una farmacia de Kaiser Permanente. Las recetas médicas indicadas para el segundo surtido y para los medicamentos de mantenimiento deben surtirse en una farmacia de un consultorio de Kaiser Permanente o a través de la orden por correo de Kaiser Permanente. Cubre hasta un suministro de 30 días en recetas médicas al por menor o un suministro de 31 a 90 días en recetas médicas con orden por correo.
	Medicamentos de marca preferidos	Al por menor: \$40 de <u>copago</u> Orden por correo: \$80 de <u>copago</u>	No está cubierto	Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> . Hasta un suministro de 30 días al por menor o hasta un suministro de 90 días en orden por correo.
	Medicamentos no preferidos	Al por menor: \$60 de <u>copago</u> Orden por correo: \$120 de <u>copago</u>	No está cubierto	Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> . Los medicamentos de marca no preferidos deben autorizarse mediante el proceso de medicamentos no preferidos. Hasta un suministro de 30 días al por menor o hasta un suministro de 90 días en orden por correo. Deben autorizarse mediante el proceso de medicamentos no preferidos.
	<u>Medicamentos de especialidad</u>	20% de <u>coseguro</u> al por menor	No está cubierto	Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> cuando estén aprobados mediante el proceso de excepciones. Hasta un suministro de 30 días al por menor.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará	Lo que usted pagará	Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor del plan (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera del plan (Usted pagará el máximo)	
<b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Centro de cirugía ambulatoria: 10% de <u>coseguro</u> Hospital para pacientes ambulatorios: 20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano	Centro de cirugía ambulatoria: 10% de <u>coseguro</u> Hospital para pacientes ambulatorios: 20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<u>Atención en la Sala de Emergencias</u>	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Atención de urgencia</u>	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	Proveedores fuera del plan: están cubiertos únicamente cuando usted se encuentra fuera del área de servicio.
<b>Si necesita hospitalización</b>	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes ambulatorios	Visita al consultorio: 20% de <u>coseguro</u> Visita telefónica: Sin costo Chat o visita en línea: Sin costo Visita por video: Sin costo	No está cubierto	Chat o visita en línea no sujetos al <u>deducible</u> .
	Servicios para pacientes hospitalizados	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará	Lo que usted pagará	Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor del plan (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera del plan (Usted pagará el máximo)	
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Luego de la confirmación del embarazo, para la serie habitual de visitas de rutina programadas en forma regular. Los cuidados de maternidad podrían incluir los exámenes y servicios que se describen en otras partes del SBC (por ejemplo, ecografía).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Incluidos en la tarifa del centro	No está cubierto	Ninguna
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
<b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b>	<u>Atención médica en el hogar</u>	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Hasta un máximo de menos de 8 horas por día y 28 horas por semana.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Servicios para pacientes hospitalizados: 20% de <u>coseguro</u> Servicios para pacientes ambulatorios: 20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Paciente hospitalizado: En un centro multidisciplinario, límite de 60 días por afección por año. Paciente ambulatorio: Límite de 20 visitas para los pacientes ambulatorios por terapia por año (los trastornos del espectro autista no están sujetos al límite de visitas).
	<u>Servicios de habilitación</u>	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Límite de 20 visitas para los pacientes ambulatorios por terapia por año (los trastornos del espectro autista no están sujetos al límite de visitas).
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Hasta 100 días por año.
	<u>Equipo médico duradero</u>	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	La cobertura se limita a los artículos que se encuentren en nuestra lista de equipo médico duradero (DME). Brazos y piernas protésicos con el 20% de <u>coseguro</u> .
	<u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u>	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará	Lo que usted pagará	Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor del plan (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera del plan (Usted pagará el máximo)	
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Para obtener información sobre los servicios de un oftalmólogo, vaya a “Consulta con un especialista”.
	Anteojos para niños	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna
	Control dental para niños	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

#### Servicios que su Plan, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Cirugía estética
- Tratamiento para la infertilidad
- Atención domiciliaria a largo plazo y de custodia
- Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Servicios dentales de rutina
- Cuidado de los pies de rutina
- Programas para perder peso

#### Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).

- Atención quiropráctica
- Audífonos con límites
- Enfermería privada
- Cuidado de los ojos de rutina

**Su derecho a continuar con la cobertura:** Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos se muestra en la siguiente tabla. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el Mercado, visite [www.CuidadoDeSalud.gov](http://www.CuidadoDeSalud.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Su derecho a presentar una queja o una apelación:** Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por la denegación de una reclamación. Esta queja se denomina queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha reclamación médica. Los documentos de su plan también dan toda la información para presentar una reclamación, una apelación o una queja formal por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con los organismos que aparecen en la siguiente tabla.

## Información de contacto para obtener información sobre sus derechos a continuar con su cobertura y sus derechos a presentar quejas o apelaciones:

Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente	1-855-249-5005 (TTY: 711) o <a href="http://www.kp.org/memberservices">www.kp.org/memberservices</a>
Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos	1-866-444-3272 o <a href="http://www.dol.gov/ebsa/healthreform">www.dol.gov/ebsa/healthreform</a>
Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros	1-877-267-2323 extensión 61565 o <a href="http://www.cciio.cms.gov">www.cciio.cms.gov</a>
División de Seguros de Colorado	303-894-7490 (dentro del estado, línea telefónica gratuita: 800-930-3745) o <a href="mailto:insurance@dora.state.co.us">insurance@dora.state.co.us</a>

### ¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles a través del Mercado u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de cobertura esencial mínima, tal vez no sea elegible para el crédito fiscal para primas del plan.

### ¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí.

Si su plan no cumple con el valor mínimo estándar, es posible que cumpla con los requisitos para recibir un crédito fiscal para primas del plan que lo ayudará a pagar un plan en el Mercado.

### Servicio de acceso a idiomas:

[Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-855-249-5005 (TTY: 711).]

[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-855-249-5005 (TTY: 711).]

[Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-855-249-5005 (TTY: 711).]

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijjigo holne' 1-855-249-5005 (TTY: 711).]

*Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.*



**Acerca de estos ejemplos de cobertura:**



**Esta no es una herramienta de cálculo de costos.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este plan cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus proveedores cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos por el plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos planes médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

**Peg va a tener un bebé**

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

**Control de la diabetes tipo 2 de Joe**

(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

**Fractura simple de Mía**

(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- El deducible general del plan \$2,500
- Coseguro para el especialista 20%
- Coseguro del hospital (establecimiento) 20%
- Otro coseguro (análisis de sangre) 20%

- El deducible general del plan \$2,500
- Coseguro para el especialista 20%
- Coseguro del hospital (establecimiento) 20%
- Otro coseguro (análisis de sangre) 20%

- El deducible general del plan \$2,500
- Coseguro para el especialista 20%
- Coseguro del hospital (establecimiento) 20%
- Otro coseguro (radiografía) 20%

**Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:**

Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)  
 Servicios profesionales para el nacimiento y el parto  
 Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto  
Exámenes de diagnóstico (*ecografías y análisis de sangre*)  
 Consulta con un especialista (*anestesia*)

**Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:**

Visitas en el consultorio del médico de atención primaria (*incluye la educación sobre enfermedades*)  
Exámenes de diagnóstico (*análisis de sangre*)  
Medicamentos con receta médica  
Equipo médico duradero (*glucómetro*)

**Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:**

Atención en la Sala de Emergencias (*incluye suministros médicos*)  
Exámenes de diagnóstico (*radiografías*)  
Equipo médico duradero (*muletas*)  
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

**Costo total del ejemplo \$12,700**

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

*Costos compartidos*

<u>Deducibles</u>	\$2,500
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$500

*Lo que no está cubierto*

Límites o exclusiones	\$60
-----------------------	------

**El total que Peg pagaría es \$3,060**

**Costo total del ejemplo \$5,600**

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

*Costos compartidos*

<u>Deducibles</u>	\$2,500
<u>Copagos</u>	\$200
<u>Coseguro</u>	\$200

*Lo que no está cubierto*

Límites o exclusiones	\$0
-----------------------	-----

**El total que Joe pagaría es \$2,900**

**Costo total del ejemplo \$2,800**

**En este ejemplo, Mia pagaría:**

*Costos compartidos*

<u>Deducibles</u>	\$2,500
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$60

*Lo que no está cubierto*

Límites o exclusiones	\$0
-----------------------	-----

**El total que Mia pagaría es \$2,560**





**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 **1-800-632-9700** (TTY: 711)。

**فارسی (Farsi) توجه:** اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با **1-800-632-9700** (TTY: 711) تماس بگیرید.

**Français (French) ATTENTION:** Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-632-9700** (TTY: 711).

**Deutsch (German) ACHTUNG:** Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-800-632-9700** (TTY: 711).

**Igbo (Igbo) NRUBAMA:** O buru na i na asu Igbo, oru enyemaka asusu, n'efu, diiri gi. **Kpoo 1-800-632-9700** (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。**1-800-632-9700** (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. **1-800-632-9700** (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

**Naabeehó (Navajo) Díí baa akó nínízin:** Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áa jiiik'eh, éi ná hóló, koji' hódíílnih **1-800-632-9700** (TTY: 711).

**नेपाली (Nepali) ध्यान दिनुहोस्:** तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू नि:शुल्क रूपमा उपलब्ध छ । **1-800-632-9700** (TTY: 711) फोन गर्नुहोस् ।

**Afaan Oromoo (Oromo) XIYYEEFFANNAA:** Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa **1-800-632-9700** (TTY: 711).

**Русский (Russian) ВНИМАНИЕ:** если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-632-9700** (TTY: 711).

**Español (Spanish) ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-632-9700** (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 **1-800-632-9700** (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 **1-800-632-9700** (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 **1-800-632-9700** (TTY: 711).

**Colorado Supplement to the Summary of Benefits and Coverage Form**

<b>INSURANCE COMPANY NAME</b>	Kaiser Foundation Health Plan of Colorado
<b>NAME OF PLAN</b>	<b>CEBT HDHP 2500 AGG 20%</b>
<b>1. Type of Policy</b>	Large Employer Group Policy
<b>2. Type of plan</b>	Health maintenance organization (HMO)
<b>3. Areas of Colorado where plan is available.</b>	<p>Plan is available <b>only</b> in the following counties as determined by <b>zip code</b>:</p> <p>Adams, Arapahoe, Boulder, Broomfield, Clear Creek, Crowley, Custer, Denver, Douglas, El Paso, Elbert, Fremont, Gilpin, Huerfano, Jefferson, Larimer, Las Animas, Lincoln, Morgan, Otero, Park, Pueblo, Teller, and Weld</p> <p><b>KP Select Plan:</b> Douglas, El Paso, Elbert, Fremont, Lincoln, Park, Pueblo and Teller</p>

**SUPPLEMENTAL INFORMATION REGARDING BENEFITS**

**Important Note:** The contents of this form are subject to the provisions of the policy, which contains all terms, covenants and conditions of coverage. It provides additional information meant to supplement the Summary of Benefits of Coverage you have received for this plan. This plan may exclude coverage for certain treatments, diagnoses, or services not specifically noted. Consult the actual policy to determine the exact terms and conditions of coverage.

	<b>Description</b>
<b>4. Annual Deductible Type</b>	<p>AGGREGATE DEDUCTIBLE</p> <p>INDIVIDUAL – The amount that a single person without any family members on the plan will have to pay each year prior to claims being paid.</p> <p>FAMILY – The amount that a family with more than one individual on the plan will have to pay each year prior to claims being paid for any family member. The family deductible can be met by one or more individuals.</p>
<b>5. Out-of-Pocket Maximum</b>	<p>AGGREGATE OUT-OF-POCKET</p> <p>INDIVIDUAL – The amount that a single person without any family members on the plan will have to pay each year prior to claims being paid at 100%.</p> <p>FAMILY – The amount that a family with more than one individual on the plan will have to pay each year prior to claims being paid at 100% for any family member. The family out-of-pocket can be met by one or more individuals.</p>
<b>6. What is included in the In-Network Out-of-Pocket</b>	Deductibles, coinsurance and copayments.

<b>Maximum?</b>	
<b>7. Is pediatric dental covered by this plan?</b>	No, the plan does not cover pediatric dental.
<b>8. What cancer screenings are covered?</b>	Breast Cancer (clinical breast exam, mammogram, genetic testing for inherited susceptibility for breast cancer); Colon and Rectal Cancer (fecal occult blood test (FIT), flexible sigmoidoscopy, barium enema, colonoscopy); Cervical Cancer (pap test); Prostate Cancer (digital rectal exam, serum prostatic specific antigen (PSA))

#### USING THE PLAN

	IN-NETWORK	OUT-OF-NETWORK
<b>9. If the provider charges more for a covered service than the plan normally pays, does the enrollee have to pay the difference?</b>	No	Yes, members may be responsible for any amounts over eligible Charges, except when Emergency Services are received in an Out-of-Plan Facility or from an Out-of-Plan Provider in a Plan Facility.
<b>10. Does the plan have a binding arbitration clause?</b>	No	

Questions: Call 1-855-249-5005 (TTY 711) or visit us at [www.kp.org](http://www.kp.org).

SPANISH (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-855-249-5005 (TTY 711).

This document is available for free in Spanish. Please contact our Member Services number at 303-338-3800 or toll free 1-800-632-9700 (TTY 711).

Este documento está disponible de forma gratuita en español. Si desea información adicional, por favor llame al número de nuestro Servicio a los Miembros al 303-338-3800 or toll free 1-800-632-9700. (Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 711).

If you are not satisfied with the resolution of your complaint or grievance, contact:

Colorado Division of Insurance  
Consumer Services, Life and Health Section  
1560 Broadway, Suite 850, Denver, CO 80202  
Call: 303-894-7490 (in-state, toll-free: 800-930-3745)  
Email: [dora\\_insurance@state.co.us](mailto:dora_insurance@state.co.us)