

Summary of Services and Cost Shares

Non-Kaiser benefits are not covered, except in emergencies.

Benefits shown are for services through a Kaiser provider. Benefits provided under the Kaiser Plan follow the terms and conditions of an Evidence of Coverage (EOC). You may contact UNITE HERE HEALTH or Kaiser Permanente Member Services for a copy of your Plan's EOC.

Your Cost Share is the amount of the Allowable Charge for a Covered Service that you are responsible for. Cost Shares are either Copayments (a flat dollar amount) or Coinsurance (a percentage of Allowable Charges).

This is a summary of the benefits payable under the Kaiser Permanente HMO. If there are any conflicts between this summary and the contract with Kaiser, the contract will govern.

Effective: 06/01/2019 • Vigente a partir del: 06/01/2019

Kaiser Permanente HMO	
Calendar Year Deductible	\$0
Office Visits	You Pay
Preventive Care	\$0
Primary Care Provider (PCP) Visit <i>(including mental health/ substance abuse visits)</i>	\$15
Specialist	\$20
Emergency and Urgent Care	You Pay
Urgent Care Center (UCC)	\$20
Emergency Room (ER) <i>(copay waived if admitted)</i>	\$100
Ambulance	\$0
Lab and Imaging	You Pay
Laboratory Services	\$0
Diagnostic Radiology (X-ray)	\$0
Diagnostic Imaging (CT, MRI, PET), Cardiac Testing	\$0

Resumen de Servicios y Participación en los Costos

Beneficios fuera de la red Kaiser no están cubiertos, excepto en emergencias. Beneficios indicados son proporcionados para servicios dentro la red Kaiser. Los beneficios proporcionados bajo los plan de Kaiser cumplen con los términos y condiciones de la Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, o EOC). Puede comunicarse con el Departamento de Servicios a los Miembros de Kaiser Permanente o con UNITE HERE HEALTH para obtener una copia del EOC de su Plan.

Su Participación en los Costos son los Cargos Admisibles correspondientes a un Servicio Cubierto del que usted es responsable. La Participación en los Costos pueden ser copagos (un cargo fijo en dólares) o un coseguro (un porcentaje de los Cargos Admisibles).

Este es un resumen de los beneficios que se pagan bajo la HMO Kaiser Permanente. En caso de que hubiera conflictos entre este resumen y el contrato con Kaiser, el contrato regirá.

Kaiser Permanente HMO	
Deducible por Año Calendario	\$0
Visitas a la Clínica	Usted Paga
Atención Preventivo	\$0
Visita del proveedor de atención primaria (PCP) <i>(incluyendo las visitas de salud mental/abuso de sustancia)</i>	\$15
Especialista	\$20
Servicios de Emergencia y Atención de Urgencias	Usted Paga
Centro de Urgencias	\$20
Sala de Emergencias (ER) <i>(sin copago si es admitido)</i>	\$100
Ambulancia	\$0
Laboratorio y Exámenes por Imágenes	Usted Paga
Servicios de Laboratorio	\$0
Diagnóstico por Radiología (Rayos X)	\$0
Diagnóstico por imagen (CT, MRI, PET), pruebas cardíacas	\$0

For benefit questions, call Kaiser:
(888) 865-5813

Para preguntas sobre beneficios, llame a Kaiser

For all other questions, call your health fund:
(833) 637-3519

Para todas las otras preguntas, llame a su fondo de salud

UNITE HERE
HEALTH
Our Health Fund.

Outpatient Services	You Pay
Outpatient Surgery	\$20
Physical/Speech/ Occupational Therapy	\$20 <i>Limited to 40 visits/year for speech therapy and 40 visits/year for physical and occupational therapy</i>
Inpatient Services	You Pay
Hospitalization <i>(including mental health/ substance abuse)</i>	\$250/admission
Skilled Nursing Facility	\$250/admission <i>Limited to 60 days/year</i>
Other Care and Expenses	You Pay
Home Health Care	\$0 <i>Limited to 120 visits/year</i>
Hospice Care	\$0
Medical Equipment for Home Use	20%
Most Non-Network Medical Benefits	Not covered, except urgent and emergency care
Out-of-Pocket Spending Limit	You Pay
Once your costs reach the limit in a calendar year, <i>(excluding certain charges — see the Kaiser EOC for more information)</i> , benefits will be paid at 100% for the rest of the calendar year.	\$3,500 per person or \$9,400 per family

Servicios Ambulatorios	Usted Paga
Cirugía Ambulatoria	\$20
Terapia Física, del Habla o Ocupacional	\$20 <i>Limitado a 40 visitas/año por terapia del habla y 40 visitas/año por terapia física y ocupacional</i>
Servicios con Hospitalización	Usted Paga
Hospitalización <i>(incluyendo salud mental/ abuso de sustancias)</i>	\$250/admisión
Instalaciones de Enfermería Especializada	\$250/admisión <i>Limitado a 60 días/año</i>
Otro Cuidado y Gastos	Usted Paga
Atención a la Salud en el Hogar	\$0 <i>Limitado a 120 visitas/año</i>
Cuidados Paliativos (Hospicio)	\$0
Equipo Médico para Uso en el Hogar	20%
La mayoría de los beneficios médicos que no pertenecen a la red	Sin cobertura, excepto atención urgente y de emergencia
Límite de gastos directos	Usted Paga
Una vez que alcance sus gastos directos en un año calendario, <i>(excluyendo ciertos cargos, consulte la EOC de Kaiser para más información)</i> , los beneficios se pagarán al 100% para el resto del año calendario.	\$3,500 por persona o \$9,400 por familia

This is an easy-to-read summary and does not include all benefits. If there is a conflict between this summary and your plan documents, then your plan documents are correct. For more details about your benefits or to find out which treatments/services require prior authorization, please refer to your Summary Plan Description (SPD) or call us.

Este es un resumen fácil de leer y no incluye todos los beneficios. Si hay conflicto entre este resumen y los documentos de su plan, entonces los documentos de su plan son los correctos. Para obtener más detalles sobre los beneficios o para informarse sobre cuáles tratamientos/servicios requieren autorización previa, por favor consulte la Descripción resumida del plan (Summary Plan Description o SPD) o llámenos.