

## Summary of Services and Cost Shares

Except in emergencies or for urgent care, non-Kaiser benefits are not covered. Benefits shown are for services through a Kaiser provider. Benefits provided under the Kaiser Plans 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: 01/01/2018 • Vigente a partir del: 01/01/2018

Kaiser Permanente Signature HMO	
Calendar Year Deductible	\$0
<b>Office Visits and Certain Other Visits</b>	<b>You Pay</b>
<b>Preventive Healthcare Services</b> Includes routine preventive tests, well-child care visits, and routine immunizations for children and adults	No charge
<b>Primary care visits for children</b> — Under 5 years of age	No charge
<b>Primary care visits for adults and children</b> 5 years of age or older	\$15 per visit
<b>Specialty care visits</b>	\$20 per visit
<b>Eye Exams</b> — By an optometrist	\$15 per visit
<b>Hospital and Emergency Care Services</b>	<b>You Pay</b>
<b>Urgent Care Visit</b>	\$20 per visit
<b>Ambulance Services</b> By a licensed ambulance service	No charge
<b>Emergency Room Visits (ER)</b> Inside and outside the service area; copayment waived if immediately admitted as an inpatient <i>Transfer to an observation bed or observation status does not qualify as an admission to a hospital and your copayment will not be waived</i>	\$100 per visit
<b>Hospital Inpatient Care</b> All charges incurred during a covered stay as an inpatient in a hospital	\$250 per admission
<b>Outpatient Care</b>	<b>You Pay</b>
<b>Outpatient Surgery</b> — Other than in a provider's office	\$20 per visit
<b>Anesthesia</b>	No charge
<b>Chemotherapy and Radiation Therapy</b>	\$20 per visit
<b>Respiratory Therapy</b>	\$20 per visit
<b>Outpatient X-ray, Laboratory, and Special Procedures</b> Charges for covered outpatient diagnostic and laboratory tests performed in a provider's office are included in the office visit copayment	<b>You Pay</b>
<b>Diagnostic Imaging, Interventional Diagnostic Tests, and Laboratory Tests</b>	No charge
<b>Specialty Imaging and Special Procedures</b> Including CT, MRI, PET Scans, and Nuclear Medicine	No charge
<b>Sleep Studies</b>	\$20 per visit

## Resumen de Servicios y Participación en los Costos

Excepto en emergencias o para visitas de centros de cuidados urgentes, beneficios fuera de la red Kaiser no están cubiertos. Beneficios indicados son proporcionados para servicios dentro la red Kaiser. Los beneficios proporcionados bajo los planes 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 Signature HMO	
Deducible por Año Calendario	\$0
<b>Visitas al consultorio y ciertas otras visitas</b>	<b>Usted Paga</b>
<b>Servicios preventivos de salud</b> Incluye estudios preventivos de rutina, visitas de control para niños, y vacunaciones de rutina para niños y adultos	Sin cargo
<b>Visitas de atención primaria</b> — Para niños menores de 5 años	Sin cargo
<b>Visitas de atención primaria para adultos y niños</b> A partir de los 5 años	\$15 por visita
<b>Visitas a especialistas</b>	\$20 por visita
<b>Exámenes oculares</b> — Por un optometrista	\$15 por visita
<b>Servicios de hospital y atención de emergencia</b>	<b>Usted Paga</b>
<b>Visitas de centros de cuidados urgentes</b>	\$20 por visita
<b>Servicio de ambulancias</b> Prestado por un servicio de ambulancias licenciada	Sin cargo
<b>Visitas a la sala de emergencia (ER)</b> Dentro y fuera del área de servicio; se exceptúan los copagos si se lo admite para internación inmediatamente <i>El traslado a una cama para observación o la categoría de "en observación" no califican como admisión a un hospital y su copago no se exceptuará</i>	\$100 por visita
<b>Atención de pacientes en el hospital</b> Todos los cargos incurridos durante una estadía cubierta como paciente internado en un hospital in a hospital	\$250 por admisión
<b>Atención ambulatoria</b>	<b>Usted Paga</b>
<b>Cirugía ambulatoria</b> — Fuera del consultorio del proveedor	\$20 por visita
<b>Anestesia</b>	Sin cargo
<b>Quimioterapia y radioterapia</b>	\$20 por visita
<b>Terapia respiratoria</b>	\$20 por visita
<b>Radiología ambulatoria, laboratorio y procedimientos especiales</b> Los cargos por estudios diagnósticos ambulatorios cubiertos y análisis de laboratorio realizados en el consultorio del médico se incluyen en el copago por visitas a consultorio	<b>Usted Paga</b>
<b>Imágenes de diagnóstico, estudios intervencionistas de diagnóstico, análisis de laboratorio</b>	Sin cargo
<b>Imágenes especializadas y procedimientos especializados</b> Incluyen CT, MRI, PET y medicina nuclear	Sin cargo
<b>Estudios del sueño</b>	\$20 por visita

Kaiser offers discounts on eye glasses and contact lenses. Children under age 19 may be eligible for free glasses or contacts once per year.

Kaiser ofrece descuentos en lentes y lentes de contacto. Menores de 19 años pueden ser elegibles para lentes o lentes de contacto gratis una vez por año.



Find a network provider near you at [www.kp.org](http://www.kp.org)

Encuentre un proveedor dentro de la red cerca de usted en [www.kp.org](http://www.kp.org)

Turn over for more information • Vea el reverso para más información



<b>Diabetic Equipment, Supplies, and Self-Management Training</b>	<b>You Pay</b>
Diabetic Equipment and Supplies	No charge
Outpatient Self-Management Training	\$15 per visit
<b>Specialized Care</b>	<b>You Pay</b>
Habilitative Services — Limited to children up to age 21	\$20 per visit
<b>Therapy and Rehabilitation Services</b> All services received in one day for multidisciplinary rehabilitation services at a day treatment program will be considered one visit	
Inpatient Services	\$250 per admission
Outpatient Services	\$20 per visit
Skilled Nursing Facility Care <i>100-day maximum per contract year</i>	\$250 per admission
Home Healthcare <i>2 hours per visit; no more than 3 visits a day</i>	No charge
Hospice Care	No charge
<b>Chemical Dependency and Mental Health Services</b>	<b>You Pay</b>
Inpatient Psychiatric and Substance Abuse Care, Including Detoxification	\$250 per admission
Hospital Alternative Services Intensive outpatient psychiatric treatment programs; partial hospitalization	\$15 per visit
<b>Outpatient Psychiatric and Substance Abuse Care</b>	
Individual therapy	\$15 per visit
Group therapy	\$7 per visit
Medication Management Visits	\$15 per visit
<b>Outpatient Durable Medical Equipment</b>	<b>You Pay</b>
Basic Durable Medical Equipment — Limited to home use for up to 3 months following: an authorized confinement in a hospital, a sub-acute facility, a specialized rehabilitation facility, or an authorized outpatient surgical procedure	20%
<b>Supplemental Durable Medical Equipment</b>	
Oxygen and equipment Positive airway pressure equipment <i>Must be certified every 30 days</i>	20% for first 3 months; 50% each month following
Apnea monitors and bilirubin lights <i>Infants under 3, not to exceed a period of 6 months</i> Asthma equipment	20%
<b>Family Planning</b>	<b>You Pay</b>
Office Visits	\$20 per visit
Tubal Ligation, Vasectomy, Voluntary Termination of Pregnancy	\$250 per inpatient admission; \$15 per office visit
<b>Infertility Services</b>	<b>You Pay</b>
Office Visits, Inpatient Hospital Care, and All Other Services for Infertility Treatment	50%
<b>Maternity Services</b>	<b>You Pay</b>
Outpatient Prenatal Care — After confirmation of pregnancy; Includes first postpartum visit	No charge
Outpatient Obstetrical or Gynecological Services Provided during pregnancy that are not directly related to a routine pregnancy	\$20 per visit
Inpatient Obstetrical Care and Delivery — Including cesarean section	\$250 per admission
<b>Out-of-Pocket Maximums</b>	<b>You Pay</b>
Once your out-of-pocket network copayment and coinsurance reach these annual maximums, you will not pay any additional copayments and coinsurance for most services provided through Kaiser.	Individual \$3,500 Family \$9,400

<b>Equipos y suministros para diabetes y educación para el autocontrol</b>	<b>Usted Paga</b>
Equipos y suministros para diabetes	Sin cargo
Pacientes ambulatorios educación para el autocontrol	\$15 por visita
<b>Atención especializada</b>	<b>Usted Paga</b>
Servicios habilitativos — Limitado a hijos de hasta 21 años	\$20 por visita
<b>Servicios de terapia y rehabilitación</b> Todos los servicios recibidos en un día para rehabilitación multidisciplinaria en un programa de tratamiento de día se considerarán como una visita	
Servicios a pacientes hospitalizados	\$250 por admisión
Servicios a pacientes ambulatorios	\$20 por visita
Atención en centros de enfermería especializados <i>Limitado a un beneficio máximo de 100 días por año contractual</i>	\$250 por admisión
Atención de salud en el hogar <i>2 horas por visita, no más de 3 visitas por día</i>	Sin cargo
Cuidados de hospicio	Sin cargo
<b>Servicios de atención por dependencia química y salud mental</b>	<b>Usted Paga</b>
Atención psiquiátrica y por abuso de sustancias a pacientes hospitalizados	\$250 por admisión
Servicios hospitalarios alternativos Programas intensivos de tratamiento psiquiátrico a pacientes ambulatorios; hospitalización parcial	\$15 por visita
<b>Atención psiquiátrica y por abuso de sustancias a pacientes ambulatorios</b>	
Terapia individual	\$15 por visita
Terapia grupal	\$7 por visita
Visitas para control de medicación	\$15 por visita
<b>Equipos médicos duraderos para pacientes ambulatorios</b>	<b>Usted Paga</b>
Equipos médicos duraderos básicos — Limitado al uso en domicilio durante hasta 3 meses después de: una internación autorizada en un hospital, en un centro para pacientes subagudos, un centro de rehabilitación especializado o un procedimiento quirúrgico autorizado en forma ambulatoria	20%
<b>Equipos médicos duraderos suplementarios</b>	
Oxígeno y equipos Equipo de presión positiva para las vías aéreas <i>Debe certificarse cada 30 días</i>	20% para los primeros 3 meses; 50% por cada mes en lo sucesivo
Monitores de apnea y luces para bilirrubina <i>Niños menores de 3 años, no puede superar un periodo de 6 meses</i> Equipos para asma	20%
<b>Planificación familiar</b>	<b>Usted Paga</b>
Visitas a consultorio	\$20 por visita
Ligadura de trompas, vasectomía, interrupción voluntaria de embarazo	\$250 por admisión hospitalaria; \$15 por visita de oficina
<b>Servicios por infertilidad</b>	<b>Usted Paga</b>
Visitas a consultorio, cuidados hospitalarios a pacientes internados y todos los otros servicios por tratamiento de infertilidad	50%
<b>Servicios de maternidad</b>	<b>Usted Paga</b>
Cuidados prenatales ambulatorios — Después de la confirmación del embarazo, incluye la primera visita posparto	Sin cargo
Servicios ambulatorios de obstetricia o ginecología Prestados durante el embarazo y no directamente relacionados con los controles de rutina del embarazo	\$20 por visita
Servicios de obstetricia o ginecología a pacientes internadas y parto — Including cesarean section	\$250 por admisión
<b>Máximos de gastos fuera de bolsillo</b>	<b>Usted Paga</b>
Una vez que el copago y coseguro de su bolsillo dentro de la red lleguen a estos máximos anuales, no tendrá necesidad de hacer desembolsos por copagos o coseguro adicionales para la mayoría de los servicios que proporciona Kaiser.	Individual \$3,500 Familiar \$9,400

If you fail to keep a scheduled appointment and do not notify Kaiser at least one day prior, you may have to pay a **\$25 missed appointment fee**.

Si usted no asiste a una cita programada y no nos notifica con por lo menos un día de anticipación se le puede aplicar un cargo de **\$25 por faltar a una cita**.