



Here's Your Summary of Benefits and Coverage!

Your Summary of Benefits and Coverage (SBC) summarizes your benefits for common medical care. The SBC is required under federal law to let you more easily compare benefits between plans. The SBC is not a detailed description of your benefits or how they work. If there is a conflict between this SBC and your Plan's documents, the Plan's documents govern.

- Your SBC shows the benefits available to you even if you choose not to enroll. (You may or may not be allowed to waive coverage.)
- The SBC primarily reflects your medical benefits. You may have additional vision or dental benefits not shown in the SBC. You may also have life, accidental death and dismemberment, or short-term disability benefits.
- The SBC includes a section called *Coverage Examples*. This section shows the estimated average cost and benefits paid for common medical procedures.
 - The costs reflect national averages, but may not reflect actual plan payments.
 - The coverage examples are based on certain assumptions. It is important to note these are examples only. You shouldn't use these examples to estimate your actual costs under the Plan.

Need More Information?

If you have questions about your SBC, your benefits under the Plan, or what enrollment options you may have, please contact UNITE HERE HEALTH at the phone number shown on your SBC.



¡Aquí tiene su Resumen de beneficios y cobertura!

El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le presenta una síntesis de sus beneficios para atención médica común. La ley federal estipula que su SBC le debe permitir hacer una fácil comparación de beneficios entre planes. El SBC no contiene una descripción detallada de sus beneficios ni cómo estos funcionan. De haber algún conflicto entre este SBC y los documentos de su Plan, los que rigen son los documentos del Plan.

- El SBC le muestra los beneficios disponibles para usted, aún cuando usted decida no inscribirse. (Puede ser que se le permita o no se le permita renunciar a la cobertura).
- El SBC refleja principalmente sus beneficios médicos. Puede ser que tenga beneficios adicionales para la visión o dentales que no aparecen en su SBC. Además, es posible que tenga beneficios de seguro de vida, muerte accidental o desmembramiento, o beneficios de discapacidad a corto plazo.
- El SBC incluye una sección que se llama *Ejemplos de cobertura*. Esta sección le muestra una estimación del costo promedio y beneficios pagados por procedimientos médicos comunes.
 - Los costos reflejan promedios nacionales, pero es posible que no reflejen los verdaderos pagos del plan.
 - Los ejemplos de cobertura están basados en ciertas suposiciones. Es importante tener en cuenta que estos son sólo ejemplos. No debe utilizar estos ejemplos para estimar sus costos reales bajo el Plan.

¿Necesita más información?

Si tiene preguntas con respecto a su SBC, a sus beneficios según el Plan o a sus opciones para inscribirse, comuníquese con UNITE HERE HEALTH al número telefónico que aparece en su SBC.



The Summary of Benefits and Coverage (SBC) document will help you choose a health [plan](#). The SBC shows you how you and the [plan](#) would share the cost for covered health care services. **NOTE: Information about the cost of this [plan](#) (called the [premium](#)) will be provided separately.**

This is only a summary. For more information about your coverage, or to get a copy of the complete terms of coverage, visit www.kp.org/plandocuments or call 1-800-278-3296 (TTY: 711). For general definitions of common terms, such as [allowed amount](#), [balance billing](#), [coinsurance](#), [copayment](#), [deductible](#), [provider](#), or other underlined terms see the Glossary. You can view the Glossary at www.cciio.cms.gov or call 1-855-484-8480 to request a copy.

Important Questions	Answers	Why This Matters:
What is the overall deductible ?	\$0	See the Common Medical Events chart below for your costs for services this plan covers.
Are there services covered before you meet your deductible ?	Not Applicable.	The plan does not have a deductible.
Are there other deductibles for specific services?	No.	You don't have to meet deductibles for specific services.
What is the out-of-pocket limit for this plan ?	\$2,000 individual / \$4,000 family	The out-of-pocket limit is the most you could pay in a year for covered services. If you have other family members in this plan , they have to meet their own out-of-pocket limits until the overall family out-of-pocket limit has been met.
What is not included in the out-of-pocket limit ?	Premiums , health care this plan doesn't cover, and cost sharing for certain services listed in plan documents.	Even though you pay these expenses, they don't count toward the out-of-pocket limit .
Will you pay less if you use a network provider ?	Yes. See www.kp.org or call 1-800-278-3296 (TTY: 711) for a list of network providers .	This plan uses a provider network . You will pay less if you use a provider in the plan's network . You will pay the most if you use an out-of-network provider , and you might receive a bill from a provider for the difference between the provider's charge and what your plan pays (balance billing). Be aware, your network provider might use an out-of-network provider for some services (such as lab work). Check with your provider before you get services.
Do you need a referral to see a specialist ?	Yes, but you may self-refer to certain specialists .	This plan will pay some or all of the costs to see a specialist for covered services but only if you have a referral before you see the specialist .

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Plan Provider (You will pay the least)	Non-Plan Provider (You will pay the most)	
If you visit a health care provider's office or clinic	Primary care visit to treat an injury or illness	\$20 copay /visit	Not covered	None.
	Specialist visit	\$20 copay /visit	Not covered	None.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Plan Provider (You will pay the least)	Non-Plan Provider (You will pay the most)	
	Preventive care/screening/immunization	No charge	Not covered	You may have to pay for services that aren't preventive . Ask your provider if the services needed are preventive. Then check what your plan will pay for.
If you have a test	Diagnostic test (x-ray, blood work)	No charge	Not covered	None.
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	No charge	Not covered	None.
If you need drugs to treat your illness or condition More information about prescription drug coverage is available at www.kp.org/formulary .	Generic drugs	\$10 copay /prescription for a 1 to 30 day(s) supply (retail); \$20 copay /prescription for up to a 100-day supply (mail order)	Not covered	In accordance with formulary guidelines. Certain drugs may be covered at a different cost share.
	Preferred brand drugs	\$30 copay /prescription for a 1 to 30 day(s) supply (retail); \$60 copay /prescription for up to a 100-day supply (mail order)	Not covered	
	Non-preferred brand drugs	\$30 copay /prescription for a 1 to 30 day(s) supply (retail); \$60 copay /prescription for up to a 100-day supply (mail order)	Not covered	Covered when approved through exception process. Certain drugs may be covered at a different cost share.
	Specialty and biosimilar drugs	\$30 copay /prescription for a 1 to 30 day(s) supply (retail)	Not covered	
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	\$20 copay /procedure	Not covered	None.
	Physician/surgeon fees	No charge	Not covered	None.
If you need immediate medical attention	Emergency room care	\$150 copay /visit	\$150 copay /visit	Copay waived if admitted.
	Emergency medical transportation	\$50 copay /trip	\$50 copay /trip	None.
	Urgent care	\$20 copay /visit	\$20 copay /visit	Non-plan providers are only covered when you are outside the service area.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Plan Provider (You will pay the least)	Non-Plan Provider (You will pay the most)	
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	\$500 copay /admission	Not covered	None.
	Physician/surgeon fees	No charge	Not covered	None.
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	Mental/Behavioral health: \$20 copay /individual visit; \$10 copay /group visit; no charge for other outpatient services Substance abuse: \$20 copay /individual visit; \$5 copay /group visit; \$5 copay /day for other outpatient services	Not covered	None.
	Inpatient services	\$500 copay /admission	Not covered	None.
If you are pregnant	Office visits	No charge	Not covered	Depending on the type of services, a copayment , coinsurance , or deductible may apply. Maternity care may include tests and services described elsewhere in the SBC (i.e. ultrasound).
	Childbirth/delivery professional services	No charge	Not covered	None.
	Childbirth/delivery facility services	\$500 copay /admission	Not covered	None.
If you need help recovering or have other special health needs	Home health care	No charge	Not covered	Coverage limited to 2 hours/visit, 3 visits/day, and 100 visits/calendar year.
	Rehabilitation services	Inpatient: \$500 copay /admission; Outpatient: \$20 copay /visit	Not covered	None.
	Habilitation services	\$20 copay /visit	Not covered	None.
	Skilled nursing care	No charge	Not covered	Coverage limited to 100 days/benefit period.
	Durable medical equipment	20% coinsurance /item	Not covered	Requires prior authorization .
	Hospice services	No charge	Not covered	None.
If your child needs	Children's eye exam	No charge	Not covered	Kaiser vision benefit limited to network eye

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Plan Provider (You will pay the least)	Non-Plan Provider (You will pay the most)	
dental or eye care	Children's glasses	Not covered	Not covered	exam only. You may have other vision benefits provided separately through UNITE HERE HEALTH.
	Children's dental check-up	Not covered	Not covered	Dental benefits may be provided separately.

Excluded Services & Other Covered Services:

Services Your [Plan](#) Generally Does NOT Cover (Check your policy or plan document for more information and a list of any other [excluded services](#).)

- Chiropractic care
- Cosmetic surgery
- Dental care (Adult) (may be provided separately)
- Dental care (Child) (may be provided separately)
- Hearing aids
- Long-term care
- Non-emergency care when traveling outside the U.S.
- Private duty nursing
- Routine foot care (unless medically necessary)
- Weight loss programs

Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list. Please see your [plan](#) document.)

- Acupuncture (plan provider referred)
- Bariatric surgery
- Infertility treatment
- Routine eye care (Adult)

Your Rights to Continue Coverage: There are agencies that can help if you want to continue your coverage after it ends. The contact information for those agencies is: Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform. Other coverage options may be available to you too, including buying individual insurance coverage through the Health Insurance [Marketplace](#). For more information about the [Marketplace](#), visit www.HealthCare.gov or call 1-800-318-2596.

Your Grievance and Appeals Rights: There are agencies that can help if you have a complaint against your [plan](#) for a denial of a [claim](#). This complaint is called a [grievance](#) or [appeal](#). For more information about your rights, look at the explanation of benefits you will receive for that medical [claim](#). Your [plan](#) documents also provide complete information to submit a [claim](#), [appeal](#), or a [grievance](#) for any reason to your [plan](#). For more information about your rights, this notice, or assistance, contact: Kaiser Permanente at 1-800-278-3296 (TTY: 711) or online at www.kp.org/memberservices, the Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform, or the Department of Managed Health Care Help Center, 980 9th Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814, (888) 466-2219, www.healthhelp.ca.gov. (Contact UNITE HERE HEALTH at 1-855-484-8480 for questions about any benefits other than medical or prescription drug.)

Additionally, a consumer assistance program can help you file your [appeal](#). Contact Department of Managed Health Care Help Center, 980 9th Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814, (888) 466-2219, www.healthhelp.ca.gov.

Does this plan provide Minimum Essential Coverage? Yes.

[Minimum Essential Coverage](#) generally includes [plans](#), [health insurance](#) available through the [Marketplace](#) or other individual market policies, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, and certain other coverage. If you are eligible for certain types of [Minimum Essential Coverage](#), you may not be eligible for the [premium tax credit](#).

Does this plan meet the Minimum Value Standards? Yes.

If your [plan](#) doesn't meet the [Minimum Value Standards](#), you may be eligible for a [premium tax credit](#) to help you pay for a [plan](#) through the [Marketplace](#).

Language Access Services:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-855-484-8480.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-855-484-8480.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码1-855-484-8480.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-855-484-8480.

To see examples of how this [plan](#) might cover costs for a sample medical situation, see the next section.

About these Coverage Examples:



This is not a cost estimator. Treatments shown are just examples of how this [plan](#) might cover medical care. Your actual costs will be different depending on the actual care you receive, the prices your [providers](#) charge, and many other factors. Focus on the [cost sharing](#) amounts ([deductibles](#), [copayments](#) and [coinsurance](#)) and [excluded services](#) under the [plan](#). Use this information to compare the portion of costs you might pay under different health [plans](#). Please note these coverage examples are based on self-only coverage.

Peg is Having a Baby
(9 months of in-network pre-natal care and a hospital delivery)

- The [plan's](#) overall [deductible](#) \$0
- [Specialist copayment](#) \$20
- Hospital (facility) [copayment](#) \$500
- Other [copayment](#) \$0

This EXAMPLE event includes services like:

- [Specialist](#) office visits (*prenatal care*)
- Childbirth/Delivery Professional Services
- Childbirth/Delivery Facility Services
- [Diagnostic tests](#) (*ultrasounds and blood work*)
- [Specialist](#) visit (*anesthesia*)

Total Example Cost	\$12,700
---------------------------	-----------------

In this example, Peg would pay:

<i>Cost Sharing</i>	
Deductibles	\$0
Copayments	\$500
Coinsurance	\$0
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$50
The total Peg would pay is	\$550

Managing Joe's type 2 Diabetes
(a year of routine in-network care of a well-controlled condition)

- The [plan's](#) overall [deductible](#) \$0
- [Specialist copayment](#) \$20
- Hospital (facility) [copayment](#) \$500
- Other [copayment](#) \$0

This EXAMPLE event includes services like:

- [Primary care physician](#) office visits (*including disease education*)
- [Diagnostic tests](#) (*blood work*)
- [Prescription drugs](#)
- [Durable medical equipment](#) (*glucose meter*)

Total Example Cost	\$5,600
---------------------------	----------------

In this example, Joe would pay:

<i>Cost Sharing</i>	
Deductibles	\$0
Copayments	\$800
Coinsurance	\$100
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$0
The total Joe would pay is	\$900

Mia's Simple Fracture
(in-network emergency room visit and follow up care)

- The [plan's](#) overall [deductible](#) \$0
- [Specialist copayment](#) \$20
- Hospital (facility) [copayment](#) \$500
- Other [copayment](#) \$0

This EXAMPLE event includes services like:

- [Emergency room care](#) (*including medical supplies*)
- [Diagnostic test](#) (*x-ray*)
- [Durable medical equipment](#) (*crutches*)
- [Rehabilitation services](#) (*physical therapy*)

Total Example Cost	\$2,800
---------------------------	----------------

In this example, Mia would pay:

<i>Cost Sharing</i>	
Deductibles	\$0
Copayments	\$300
Coinsurance	\$10
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$0
The total Mia would pay is	\$310

Note: These numbers assume [referrals](#) from a PCP were obtained for specialty care.



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, visite www.kp.org/plandocuments o llame al 1-800-278-3296 (TTY: 711). Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [delineados](#) consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en www.cciio.cms.gov o llamar a 1-855-484-8480 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	USD \$0	Consulte la tabla de eventos comunes a continuación para ver los costos de servicio que cubre este plan .
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	No se aplica.	Este plan no tiene un deducible.
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	No tiene que pagar un deducible por servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan ?	USD \$2,000 por persona / \$4,000 por familia	El límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en este plan , tienen que cumplir con sus propios límites de gastos directo del bolsillo hasta que se cumpla el límite de gastos directo del bolsillo total por familia.
¿Qué no incluye el desembolso máximo ?	Las primas , los pagos por cuidados de salud que este plan no cubre y la parte que le corresponde de los costos para determinados servicios indicados en los documentos del plan .	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos directos del bolsillo .
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red médica?	Sí. Vea www.kp.org o llame al 1-800-278-3296 (TTY: 711) para una lista de proveedores dentro de la red .	Este plan no tiene un proveedor dentro de la red . Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan. Usted pagará más si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista ?	Sí, pero usted puede auto remitirse a determinados especialistas .	Este plan paga algunos o todos los costos de acudir a un especialista por servicios cubiertos, pero solo si tiene un referido antes de acudir al especialista .

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedores participantes (Usted pagará lo mínimo)	Proveedores no participantes (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$20 copago /visita	No tiene cobertura	Ninguna
	Visita al especialista	\$20 copago /visita	No tiene cobertura	Ninguna
	Atención preventiva/examen colectivo /vacuna	Sin cargo	No tiene cobertura	Es posible que usted tenga que pagar por servicios que no sean preventivos . Pregunte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego compruebe lo que su plan pagará por el servicio.
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo	No tiene cobertura	Ninguna
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	Sin cargo	No tiene cobertura	Ninguna
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.kp.org/formulary .	Medicamentos genéricos	\$10 copago / receta para suministros de 1 a 30 día(s) (precio minorista); \$20 copago /receta para suministro de hasta 100 días (pedido por correo)	No tiene cobertura	Según las pautas del formulario . Determinados medicamentos pueden cubrirse con un porcentaje de costo diferente.
	Medicamentos de marcas preferidas	\$30 copago / receta para suministros de 1 a 30 día(s) (precio minorista); \$60 copago /receta para suministro de hasta 100 días (pedido por correo)	No tiene cobertura	
	Medicamentos de marcas no preferidas	\$30 copago / receta para suministros de 1 a 30 día(s) (precio minorista); \$60 copago /receta para suministro de hasta 100 días (pedido por correo)	No tiene cobertura	Cubierto cuando ha sido aprobado a través del proceso de excepción. Ciertos medicamentos pueden estar cubiertos con una participación diferente de costos.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedores participantes (Usted pagará lo mínimo)	Proveedores no participantes (Usted pagará lo máximo)	
	Medicamentos biosimilares o de especialidad	\$30 copago / receta para suministros de 1 a 30 día(s) (precio minorista)	No tiene cobertura	
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$20 copago / procedimiento	No tiene cobertura	Ninguna
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	No tiene cobertura	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	\$150 copago /visita	\$150 copago /visita	Copago exonerado si es admitido.
	Transporte médico de emergencia	\$50 copago /traslado	\$50 copago /traslado	Ninguna
	Atención de urgencia	\$20 copago /visita	\$20 copago /visita	Se cubren los servicios de proveedores que no pertenecen a la red únicamente cuando usted está fuera del área de servicios.
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	\$500 copago /admisión	No tiene cobertura	Ninguna
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	No tiene cobertura	
Si necesita servicios de salud mental, conductual o abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	Salud Mental/Conducta: \$20 copago /visita individual, \$10 copago /visita grupal, sin cargo para otros servicios ambulatorios	No tiene cobertura	Ninguna
		Abuso de sustancias: \$20 copago /visita individual, \$5 copago /visita grupal, \$5 copago /día para otros servicios ambulatorios		
	Servicios internos	\$500 copago /admisión	No tiene cobertura	Ninguna
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	No tiene cobertura	Dependiendo en el tipo de servicios, puede aplicar un copago, coseguro o deducible. El cuidado de maternidad puede incluir pruebas y

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedores participantes (Usted pagará lo mínimo)	Proveedores no participantes (Usted pagará lo máximo)	
				servicios descritos en otra parte en el SBC (por ejemplo, ultrasonido).
	Servicios de parto profesionales	Sin cargo	No tiene cobertura	Ninguna
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	\$500 copago /admisión	No tiene cobertura	Ninguna
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	Sin cargo	No tiene cobertura	Cobertura limitada a 2 horas/visita, 3 visitas/día, y 100 visitas/año calendario.
	Servicios de rehabilitación	Internación: \$500 copago /admisión; Pacientes ambulatorios: \$20 copago /visita	No tiene cobertura	Ninguna
	Servicios de habilitación	\$20 copago /visita	No tiene cobertura	Ninguna
	Cuidado de enfermería especializada	Sin cargo	No tiene cobertura	Cobertura limitada a 100 días/período de beneficios.
	Equipo médico duradero	20% coseguro /ítem	No tiene cobertura	Requiere autorización previa .
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	Sin cargo	No tiene cobertura	Ninguna
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	Sin cargo	No tiene cobertura	El beneficio de la visión Kaiser se limita al examen de la vista dentro de la red únicamente. Usted puede tener otros beneficios de la visión proporcionados por separado a través de UNITE HERE HEALTH.
	Anteojos para niños	No tiene cobertura	No tiene cobertura	
	Chequeo dental pediátrico	No tiene cobertura	No tiene cobertura	

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros [servicios excluidos](#).)

- | | | |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Cuidados quiroprácticos• Cirugía cosmética• Cuidados dentales (adultos) (pueden ser proporcionados por separado)• Cuidados dentales (niños) (pueden ser proporcionados por separado) | <ul style="list-style-type: none">• Audífonos• Cuidados de salud por tiempo prolongado• Cuidados que no son de emergencia cuando sale de los E.U. | <ul style="list-style-type: none">• Servicio de enfermería especializado• Cuidados podiátricos de rutina (a menos que sea médicamente necesario)• Programas para bajar de peso |
|---|---|--|

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#).)

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Acupuntura (proveedor del plan referido) | <ul style="list-style-type: none">• Cirugía bariátrica | <ul style="list-style-type: none">• Tratamiento de la infertilidad• Cuidados de la visión de rutina (adultos) |
|--|--|--|

Sus derechos a continuar con su cobertura Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: Departamento de Trabajo de Administración de Seguridad de los Beneficios del Empleado al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguro Médico. Para más información acerca del [Mercado](#), visite www.CuidadDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle una [reclamación](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#) o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: Kaiser Permanente al 1-800-278-3296 (TTY: 711) o visite www.kp.org/memberservices, el Departamento de Trabajo, Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o visitar www.dol.gov/ebsa/healthreform, o el Departamento de Salud de California Managed Care, 980 9th Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814, 1-888-466-2219, www.healthhelp.ca.gov. (Si tiene preguntas sobre cualquier beneficio fuera de los beneficios médicos o de medicamentos de venta bajo receta, comuníquese con UNITE HERE HEALTH al 1-855-484-8480.)

Además, puede pedir ayuda para presentar una apelación al programa de asistencia al consumidor: Contacto el Departamento de Salud de California Managed Care, 980 9th Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814, 1-888-466-2219, www.healthhelp.ca.gov.

¿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](#).

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí.

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios lingüísticos:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-855-484-8480.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-855-484-8480.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-855-484-8480.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-855-484-8480.

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus [proveedores](#) y dentro del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialista copago](#) \$20
- Hospital (instalaciones) [copago](#) \$500
- Otro [copago](#) \$0

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al especialista (*atención prenatal*)
 Servicios de parto profesionales
 Servicios de instalaciones de partos profesionales
 Pruebas diagnósticas (*sonogramas y análisis de sangre*)
 Visita al especialista (*anestesia*)

Costo total hipotético \$12,700

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$500
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$50
El total que Peg pagaría es	\$550

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialista copago](#) \$20
- Hospital (instalaciones) [copago](#) \$500
- Otro [copago](#) \$0

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico primario (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)
 Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)
 Medicamentos por recetas
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Costo total hipotético \$5,600

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$800
Coseguro	\$100
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$900

Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialista copago](#) \$20
- Hospital (instalaciones) [copago](#) \$500
- Otro [copago](#) \$0

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Sala de emergencias (*incluye materiales médicos*)
 Prueba diagnóstica (*radiografía*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

Costo total hipotético \$2,800

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Cost Sharing</i>	
Deductibles	\$0
Copayments	\$300
Coinsurance	\$10
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$0
The total Mia would pay is	\$310

Nota: Estos números asumen [referencias](#) de un PCP fueron obtenidas para cuidados especializados.

El [plan](#) sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.

Kaiser Permanente does not discriminate on the basis of age, race, ethnicity, color, national origin, cultural background, ancestry, religion, sex, gender identity, gender expression, sexual orientation, marital status, physical or mental disability, source of payment, genetic information, citizenship, primary language, or immigration status.

Language assistance services are available from our Member Services Contact Center 24 hours a day, seven days a week (except closed holidays). Interpreter services, including sign language, are available at no cost to you during all hours of operation. We can also provide you, your family, and friends with any special assistance needed to access our facilities and services. In addition, you may request health plan materials translated in your language, and may also request these materials in large text or in other formats to accommodate your needs. For more information, call **1-800-464-4000** (TTY users call **711**).

A grievance is any expression of dissatisfaction expressed by you or your authorized representative through the grievance process. A grievance includes a complaint or an appeal. For example, if you believe that we have discriminated against you, you can file a grievance. Please refer to your *Evidence of Coverage* or *Certificate of Insurance*, or speak with a Member Services representative for the dispute resolution options that apply to you. This is especially important if you are a Medicare, MediCal, MRMIP, MediCal Access, FEHBP, or CalPERS member because you have different dispute resolution options available.

You may submit a grievance in the following ways:

- By completing a Complaint or Benefit Claim/Request form at a Member Services office located at a Plan Facility (please refer to *Your Guidebook* for addresses)
- By mailing your written grievance to a Member Services office at a Plan Facility (please refer to *Your Guidebook* for addresses)
- By calling our Member Service Contact Center toll free at **1-800-464-4000** (TTY users call **711**)
- By completing the grievance form on our website at kp.org

Please call our Member Service Contact Center if you need help submitting a grievance.

The Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator will be notified of all grievances related to discrimination on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability. You may also contact the Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator directly at One Kaiser Plaza, 12th Floor, Suite 1223, Oakland, CA 94612.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Language Assistance Services

English: We provide interpreter services at no cost to you, 24 hours a day, 7 days a week, during all hours of operation. You can have an interpreter help answer your questions about our health care coverage. You can also request materials translated in your language at no cost to you. Just call us at **1-800-464-4000**, 24 hours a day, 7 days a week (closed holidays). TTY users call **711**.

Arabic: نؤمن خدمات الترجمة الفورية مجاناً لك على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع طوال ساعات العمل. بإمكانك طلب مساعدة المترجم الفوري للإجابة على كافة أسئلتك حول التغطية الصحية التي نقدمها. بالإضافة إلى ذلك، يمكنك طلب ترجمة الوثائق الطبية اللغتك مجاناً. ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم **1-800-464-4000** على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع (مغلق أيام العطلات). لمستخدمي خدمة الهاتف النصي يرجى الاتصال على الرقم **(711)**.

Armenian: Մենք օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր, մեր աշխատանքի բոլոր ժամերին Ձեզ համար անվճար բանավոր թարգմանչի ծառայություններ ենք տրամադրում: Թարգմանչի օգնությամբ Դուք կարող եք պատասխան ստանալ Ձեր հարցերին՝ մեր կողմից տրամադրվող առողջության ապահովագրության վերաբերյալ: Կարող եք նաև Ձեր լեզվով թարգմանված գրավոր նյութեր խնդրել, որոնք Ձեզ համար անվճար են: Պարզապես զանգահարեք մեզ՝ **1-800-464-4000** հեռախոսահամարով՝ օրը 24 ժամ՝ շաբաթը 7 օր (տոն օրերին փակ է): TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն **711** համարով:

Farsi: ما خدمات مترجم شفاهی را در 24 ساعت شبانروز و 7 روز هفته در طول همه ساعات کاری بدون اخذ هزینه در اختیار شما قرار می دهیم. شما می توانید برای کمک در پاسخگویی به سوالات خود در مورد پوشش مراقبت درمانی ما از یک مترجم شفاهی بهره مند شوید. همچنین می توانید درخواست کنید که همه جزوات بدون اخذ هزینه به زبان شما ترجمه شوند. کفایت در 24 ساعت شبانروز و 7 روز هفته (به استثنای روزهای تعطیل) با ما به شماره **1-800-464-4000** تماس بگیرید. کاربران TTY با شماره **711** تماس بگیرند

Hindi: हम संचालन के सभी घंटों के दौरान आपको बिना किसी लागत के दुभाषिया सेवाएँ, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन प्रदान करते हैं। आप हमारी स्वास्थ्य देखभाल कवरेज के बारे में आपके प्रश्नों के जवाब के लिए एक दुभाषिये की सहायता ले सकते हैं। आप बिना किसी लागत के सामग्रियों को अपनी भाषा में अनुवाद करवाने के लिए अनुरोध भी कर सकते हैं। बस केवल हमें **1-800-464-4000** पर, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन (छुट्टियों वाले दिन बंद रहता है) कॉल करें। TTY उपयोगकर्ता **711** पर कॉल करें।

Hmong: Peb muaj neeg txhais lus pub dawb rau koj, 24 teev ib hnuv twg, 7 hnuv ib lim tiam twg, thawm cov sij hawm qhib ua lag luam. Koj muaj tau ib tug neeg txhais lus los pab teb koj cov lus nug txog peb cov kev pab them nqi kho mob. Koj thov tau kom muab cov ntaub ntawv txhais uas koj hom lus pub dawb rau koj. Tsuas hu rau **1-800-464-4000**, 24 teev ib hnuv twg, 7 hnuv ib lim tiam twg (cov hnuv caiv kaw). Cov neeg siv TTY hu 711.

Japanese: 当院では、全診療時間を通じて、通訳サービスを無料で、年中無休、終日ご利用いただけます。当院の医療内容についてのご質問および回答には、通訳がお手伝いいたします。また、日本語に翻訳された資料を無料で請求できます。お気軽に **1-800-464-4000** までお電話ください (祭日を除き年中無休)。TTY ユーザーは 711 にお電話ください。

Khmer: យើងផ្តល់សេវានៃអ្នកបកប្រែ ដោយឥតគិតថ្លៃដល់អ្នកឡើយ 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ ក្នុងអំឡុងម៉ោងធ្វើការទាំងអស់។ អ្នកអាចមានអ្នកបកប្រែ ដើម្បីជួយ ឆ្លើយសំណួររបស់អ្នក អំពីការរ៉ាប់រងថែទាំសុខភាព រូបសម្បែង។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំសៀវភៅ ដែលបានបកប្រែជាភាសាខ្មែរ ដោយឥតគិតថ្លៃដល់អ្នកដែរ។ គ្រាន់តែទូរស័ព្ទមកយើង តាមល្លេខ **1-800-464-4000** បាន 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ (បំបែកថ្ងៃបុណ្យ)។ អ្នកប្រើ TTY ហៅលេខ **711** ។

Korean: 업무 시간 동안에는 요일 및 시간에 관계없이 통역 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 통역의 도움을 받아 건강 보험 혜택에 관하여 질문 하고 답변을 들으실 수 있습니다. 또한, 귀하가 사용하는 언어로 번역된 자료를 요청해 무료로 제공받으실 수 있습니다. 요일 및 시간에 관계없이 **1-800-464-4000**번으로 전화해 문의하십시오(공휴일 휴무). TTY 사용자 번호 **711**.

Navajo: Nihí ata' halne'é áká'adoolwohígíí nihei hóló t'áá jíík'é, t'áá naadiin díí' ahéé'iilkeedgo, tsosts'id yiskáají, ndá'anishgo oolkił biyi' góné. Ata' halne'é nika'adoolwoł na'idikid nee hólóógo díí ats'íis baa áháyáa bik'estí'ígíí biná'idíikidgo. Áádóó áldó' naaltsoos lá t'áá ní nizaad k'ehji álnéehgo t'áá jíík'é ádoolníí. Nihích'i' hodíílnih koji' **1-800-464-4000** jíigo dóó t'ée' nidi, tsosts'id yiskáají' dimoo na'adleejji' (Holidaysgo éi da'deelkaal) doo da'diits'a'ígíí chodayool'ínígíí koji' hodíílnih **711**

Punjabi: ਅਸੀਂ ਕਾਰਵਾਈ ਦੇ ਸਾਰੇ ਘੰਟਿਆਂ ਦੇ ਦੌਰਾਨ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੀ ਲਾਗਤ ਦੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ, ਦੁਬਾਸੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਵਾਉਂਦੇ ਹਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਬਾਰੇ ਆਪਣੇ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਲਈ ਇੱਕ ਦੁਬਾਸੀਏ ਦੀ ਮਦਦ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੀ ਲਾਗਤ ਦੇ ਸਮੱਗਰੀਆਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਅਨੁਵਾਦ ਕਰਵਾਉਣ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਬਸ ਸਿਰਫ਼ ਸਾਨੂੰ **1-800-464-4000** ਤੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ (ਛੁੱਟੀਆਂ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਬੰਦ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ) ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। TTYਦਾ ਉਪਯੋਗ ਕਰਨ ਵਾਲੇ **711** 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰਨ।

Russian: Мы всегда в часы работы обеспечиваем Вас услугами устного переводчика, 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Чтобы получить ответы на свои вопросы о нашем страховом покрытии услуг здравоохранения, Вы можете воспользоваться помощью устного переводчика. Вы также можете запросить бесплатный перевод материалов на Ваш язык. Просто позвоните нам по телефону **1-800-464-4000**, который доступен 24 часа в сутки, 7 дней в неделю (кроме праздничных дней). Пользователи линии TTY могут звонить по номеру **711**.

Spanish: Ofrecemos servicios de traducción al español sin costo alguno para usted durante todo el horario de atención, 24 horas al día, siete días a la semana. Puede contar con la ayuda de un intérprete para responder las preguntas que tenga sobre nuestra cobertura de atención médica. Además, puede solicitar que los materiales se traduzcan a su idioma sin costo alguno. Solo llame al **1-800-788-0616**, 24 horas al día, siete días a la semana (cerrado los días festivos). Los usuarios de TTY, deben llamar al **711**.

Tagalog: May magagamit na mga serbisyo ng tagasalin ng wika nang wala kang babayaran, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo, sa lahat oras ng trabaho. Makakatulong ang tagasalin ng wika sa pagsagot sa mga tanong mo tungkol sa iyong coverage sa pangangalagang pangkalusugan. Maaari kang humingi ng mga babasahin na isinalin sa iyong wika nang wala kang babayaran. Tawagan lamang kami sa **1-800-464-4000**, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo (sarado sa mga pista opisyal). Ang mga gumagamit ng TTY ay maaaring tumawag sa **711**.

Thai: เรามีบริการล่ามฟรีสำหรับคุณตลอด 24 ชั่วโมง ทุกวันตลอดชั่วโมงทำการของเราคุณสามารถขอให้ล่ามช่วยตอบคำถามของคุณที่เกี่ยวกับความคุ้มครองการดูแลสุขภาพของเราและคุณยังสามารถขอให้มีการแปลเอกสารเป็นภาษาที่คุณใช้ได้ โดยไม่มีการคิดค่าบริการเพียงโทรหาเราที่หมายเลข **1-800-464-4000** ตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน (ปิดให้บริการในวันหยุดราชการ) ผู้ใช้ TTY โปรดโทรไปที่ **711**

Chinese: 我們每週 7 天，每天 24 小時在所有營業時間內免費為您提供口譯服務。您可以請口譯員協助回答有關我們健康保險的問題。您也可以免費索取翻譯成您所用語言的資料。我們每週 7 天，每天 24 小時均歡迎您打電話 **1-800-757-7585** 前來聯絡（節假日 休息）。聽障及語障專線 (TTY) 使用者請撥 **711**。

Vietnamese: Chúng tôi cung cấp dịch vụ thông dịch miễn phí cho quý vị 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần, trong tất cả các giờ làm việc. Quý vị có thể được thông dịch viên giúp trả lời thắc mắc về quyền lợi bảo hiểm sức khỏe của chúng tôi. Quý vị cũng có thể yêu cầu được cấp miễn phí tài liệu phiên dịch ra ngôn ngữ của quý vị. Chỉ cần gọi cho chúng tôi tại số **1-800-464-4000**, 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần (trừ các ngày lễ). Người dùng TTY xin gọi **711**.