

## 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.*

## 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.*

Effective: 01/01/2018 • Vigente a partir del: 01/01/2018



### Kaiser Permanente HMO

Annual Deductible — \$0

| Office Visits  | You Pay        |
|--|----------------|
| Routine physical maintenance exams<br>Including well-woman exams | No charge      |
| Well-child preventive exams<br>(through age 23 months)           | No charge      |
| Family planning counseling<br>and consultations                  | No charge      |
| Scheduled prenatal care exams                                    | No charge      |
| Most Primary and Specialty Care<br>Consultation and Exams        | \$20 per visit |
| Eye Exams for Refraction<br>and Hearing Exams                    | No charge      |
| Physical, Occupational, and Speech Therapy                       | \$20 per visit |

### Kaiser Permanente HMO

Deductible Annual — \$0

| Servicios Profesionales visitas al consultorio   | Usted Paga      |
|--|-----------------|
| Exámenes de rutina para mantenimiento físico<br>Incluyendo exámenes para Mujeres Sanas | Sin cargo       |
| Exámenes preventivos para Niños Sanos<br>(hasta los 23 meses de edad)                  | Sin cargo       |
| Asesoramiento y consultas<br>sobre planificación familiar                              | Sin cargo       |
| Exámenes de atención prenatal programados  | Sin cargo       |
| La mayoría de las consultas de<br>cuidados primarios y especializados                  | \$20 por visita |
| Exámenes de visión para verificar la<br>refracción y exámenes de la audición           | Sin cargo       |
| Terapia física, ocupacional, y del habla   | \$20 por visita |



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>Hospital and Emergency Care Services</b>   | <b>You Pay</b>                           |
|---|--|
| Urgent Care Visit   | \$20 per visit                           |
| Ambulance Services  | \$50 per trip                            |
| Emergency Department Visits   | \$150 per visit<br>(Waived if admitted)  |
| Hospital Room and Board<br>Surgery, Anesthesia, X-rays,<br>Laboratory Tests, and Drugs  | \$500 per admission                      |
| <b>Outpatient Services</b>  | <b>You Pay</b>                           |
| Outpatient Surgery and Certain<br>Other Outpatient Procedures   | \$20 per procedure                       |
| Most X-rays and<br>Laboratory Tests   | No charge                                |
| <b>Mental Health and Chemical Dependency Services</b>   | <b>You Pay</b>                           |
| Inpatient Psychiatric Care  | \$500 per admission                      |
| Inpatient Detoxification  | \$500 per admission                      |
| Outpatient Individual Therapy Visits  | \$20 per visit                           |
| <b>Additional Benefits</b>  | <b>You Pay</b>                           |
| Orthotics and Prosthetics   | No charge                                |
| Durable Medical Equipment   | 20% coinsurance                          |
| Infertility Services  | 50% coinsurance                          |
| Home Healthcare<br><i>Maximum of 100 visits per calendar year</i>   | No charge                                |
| Skilled Nursing Facility Care<br><i>Maximum of 100 days per calendar year, see your EOC for more information</i>  | No charge                                |
| Hospice care  | No charge                                |
| <b>Out-of-Pocket Spending Limit</b>   | <b>You Pay</b>                           |
| Once your costs reach the limit in a calendar year, (excluding certain charges — see the Kaiser EOC for more information), benefits will be paid at 100% for the rest of the calendar year. | \$2,000 per person or \$4,000 per family |

| <b>Servicios de hospital y atención de emergencia</b>  | <b>Usted Paga</b>                         |
|--|---|
| Visitas de centros de cuidados urgentes  | \$20 por visita                           |
| Servicio de ambulancias  | \$50 por viaje                            |
| Visitas al departamento de emergencias   | \$150 por visita<br>(Anulado si admitido) |
| Servicios de internación hospitalaria<br>Habitación y comida, cirugía, anestesia, radiografías, análisis de laboratorio y medicamentos   | \$500 por admisión                        |
| <b>Servicios Para Pacientes Ambulatorios</b>   | <b>Usted Paga</b>                         |
| Cirugía ambulatoria y ciertos otros procedimientos ambulatorios  | \$20 por procedimiento                    |
| La mayoría de las radiografías y los análisis de laboratorio   | Sin cargo                                 |
| <b>Servicios de Salud Mental</b>   | <b>Usted Paga</b>                         |
| Internación para cuidados psiquiátricos  | \$500 por admisión                        |
| Internación para desintoxicación   | \$500 por admisión                        |
| Visitas de terapia individual ambulatoria  | \$20 por visita                           |
| <b>Beneficios Adicionales</b>  | <b>Usted Paga</b>                         |
| Ortopédica y protésico   | Sin cargo                                 |
| Equipos médicos duraderos  | Coseguro de 20%                           |
| Servicios por infertilidad   | Coseguro de 50%                           |
| Cuidados domiciliarios de salud<br><i>Máximo de 100 visitas por año calendario</i>   | Sin cargo                                 |
| Cuidados de un centro de cuidados especializados<br><i>Máximo de 100 días por año calendario, consulte su EOC para más información</i>   | Sin cargo                                 |
| Cuidados de hospicio   | Sin cargo                                 |
| <b>Límite de gastos directos</b>   | <b>Usted Paga</b>                         |
| Una vez que alcance sus gastos directos en un año calendario, (excluyendo ciertos cargos, consulte la EOC de Kaiser para más información), los beneficios se pagarán al 100% para el resto del año calendario. | \$2,000 por persona o \$4,000 por familia |