

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 Including well-woman exams	No charge
Well-child preventive exams (through age 23 months)	No charge
Family planning counseling and consultations	No charge
Scheduled prenatal care exams	No charge
Most Primary and Specialty Care Consultation and Exams	\$20 per visit
Routine Eye Exams	No charge
Physical, Occupational, and Speech Therapy	\$20 per visit

Kaiser Permanente HMO

Deducible Anual — \$0

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



Kaiser Member Services
(800) 464-4000

Find a network provider near you at www.kp.org

Encuentre un proveedor dentro de la red cerca de usted en www.kp.org

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



Hospital and Emergency Care Services	You Pay
Urgent Care Visit	\$20 per visit
Ambulance Services	\$50 per trip
Emergency Department Visits	\$150 per visit (Waived if admitted)
Hospital Room and Board Surgery, Anesthesia, X-rays, Laboratory Tests, and Drugs	\$500 per admission
Outpatient Services	You Pay
Outpatient Surgery and Certain Other Outpatient Procedures	\$20 per procedure
Most X-rays and Laboratory Tests	No charge
Mental Health and Chemical Dependency Services	You Pay
Inpatient Psychiatric Care	\$500 per admission
Inpatient Detoxification	\$500 per admission
Outpatient Individual Therapy Visits	\$20 per visit
Additional Benefits	You Pay
Orthotics and Prosthetics	No charge
Durable Medical Equipment	20% coinsurance
Infertility Services	50% coinsurance
Home Healthcare <i>Maximum of 100 visits per calendar year</i>	No charge
Skilled Nursing Facility Care <i>Maximum of 100 days per calendar year, see your EOC for more information</i>	No charge
Hospice care	No charge
Out-of-Pocket Spending Limit	You Pay
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

Servicios de hospital y atención de emergencia	Usted Paga
Visitas de centros de cuidados urgentes	\$20 por visita
Servicio de ambulancias	\$50 por viaje
Visitas al departamento de emergencias	\$150 por visita (Anulado si admitido)
Servicios de internación hospitalaria Habitación y comida, cirugía, anestesia, radiografías, análisis de laboratorio y medicamentos	\$500 por admisión
Servicios Para Pacientes Ambulatorios	Usted Paga
Cirugía ambulatoria y ciertos otros procedimientos ambulatorios	\$20 por procedimiento
La mayoría de las radiografías y los análisis de laboratorio	Sin cargo
Servicios de Salud Mental	Usted Paga
Internación para cuidados psiquiátricos	\$500 por admisión
Internación para desintoxicación	\$500 por admisión
Visitas de terapia individual ambulatoria	\$20 por visita
Beneficios Adicionales	Usted Paga
Ortopédica y protésico	Sin cargo
Equipos médicos duraderos	Coseguro de 20%
Servicios por infertilidad	Coseguro de 50%
Cuidados domiciliarios de salud <i>Máximo de 100 visitas por año calendario</i>	Sin cargo
Cuidados de un centro de cuidados especializados <i>Máximo de 100 días por año calendario, consulte su EOC para más información</i>	Sin cargo
Cuidados de hospicio	Sin cargo
Límite de gastos directos	Usted Paga
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

Choosing your prescription drugs

Kaiser Permanente has a drug formulary, or a list of preferred drugs, to help your doctor pick the right drug for you. You can find the most current version of the drug formulary online at www.kp.org/formulary

As an added benefit, you may save time and money on prescription drug refills with our EZ Refill Line. Call **(800) 700-1479** toll-free and follow the instructions. This service is available 24/7.

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.

Elegir sus medicamentos recetados

Kaiser Permanente tiene un recetario de medicamentos, o una lista de medicamentos preferidos para ayudar a su médico a elegir el medicamento adecuado para usted. Puede encontrar la versión más actualizada del recetario de medicamentos en línea en www.kp.org/formulary

Como un beneficio adicional, usted puede ahorrar tiempo y dinero en recargas de medicamentos recetados con nuestra línea de recarga "EZ Refill Line." Llame gratuito al **(800) 700-1479** y siga las instrucciones. Este servicio está disponible 24/7.

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 HMO Copays	Retail (30-day)	Mail Order (100-day)
Drug Category	You Pay	
Generic Drug	\$10	\$20
Preferred Brand Name Drug	\$30	\$60
Only available at Kaiser pharmacies		

Copagos de Kaiser HMO	Venta de suministro (30 días)	Pedido por correo suministro (100 días)
Categoría de medicamentos	Usted Paga	
Medicamentos Genéricos	\$10	\$20
Medicamentos no Genéricos Preferidos	\$30	\$60
Sólo disponibles en farmacias Kaiser		