

Your network is Kaiser Permanente HMO

If you have questions or need help finding a doctor:

- Call Kaiser Member Services: **(888) 865-5813**
- Go online: **www.kp.org**

Your health fund is UNITE HERE HEALTH

For eligibility questions only:

- Visit: **www.uhh.org/member**
- Call Member Services: **(833) 637-3519**

Kaiser Permanente HMO

Calendar Year Deductible	\$0
Office Visits	You Pay
Preventive Care	\$0
Primary Care Provider (PCP) Visit (including mental health/ substance abuse visits)	\$15
Specialist	\$20
Emergency and Urgent Care	You Pay
Urgent Care Center (UCC)	\$20
Emergency Room (ER) (copay waived if admitted)	\$100
Ambulance	\$0
Lab and Imaging	You Pay
Laboratory Services	\$0
Diagnostic Radiology (X-ray)	\$0
Diagnostic Imaging (CT, MRI, PET), Cardiac Testing	\$0
Outpatient Services	You Pay
Outpatient Surgery	\$20
Physical/Speech/ Occupational Therapy (limited to 40 visits/year for physical/ occupational therapy and 40 visits/ year for speech therapy)	\$20
Inpatient Services	You Pay
Hospitalization (including mental health/ substance abuse)	\$250/admission
Skilled Nursing Facility Limited to 60 days/year	\$250/admission

Other Care and Expenses	You Pay	
Home Health Care <i>Limited to 120 visits/year</i>	\$0	
Hospice Care	\$0	
Medical Equipment for Home Use	20%	
Most Non-Network Medical Benefits	Not covered, except urgent and emergency care	
Hearing Aid Benefit	Children (under age 19) 20%; Plan pays up to \$3,000 per ear every 48 months	Adults (age 19+) \$0; Plan pays up to \$3,000 per ear every 36 months
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	

Prescription Drug

Only available at Kaiser pharmacies	Retail (30-day)	Mail Order (100-day)
Generic	\$10	\$20
Preferred Brand	\$25	\$50
Non-Preferred	\$40	\$80

Kaiser Permanente has 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.

Save time and money on prescription drug refills with the EZ Refill Line.
Call (800) 700-1479.

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.

Su red es Kaiser Permanente HMO

Si tiene preguntas o necesita ayuda para encontrar un médico:

- Llame a Servicios a los Miembros de Kaiser: **(888) 865-5813**
- Conéctese en línea: **www.kp.org**

Su fondo de salud es UNITE HERE HEALTH

Solo para preguntas de elegibilidad:

- Visite: **www.uhh.org/member**
- Llame a Servicios a los Miembros: **(833) 637-3519**

Kaiser Permanente HMO

Deducible por Año Calendario	\$0
Visitas a la Clínica	Usted Paga
Atención Preventivo	\$0
Visita del proveedor de atención primaria (PCP) (incluyendo las visitas de salud mental/abuso de sustancia)	\$15
Especialista	\$20
Servicios de Emergencia y Atención de Urgencias	Usted Paga
Centro de Urgencias	\$20
Sala de Emergencias (ER) (sin copago si es admitido)	\$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
Servicios Ambulatorios	Usted Paga
Cirugía Ambulatoria	\$20
Terapia Física, del Habla o Ocupacional (limitado a 40 visitas/año para fisioterapia/terapia ocupacional y 40 visitas/año para terapia del habla)	\$20
Servicios con Hospitalización	Usted Paga
Hospitalización (incluyendo salud mental/abuso de sustancias)	\$250/admisión
Instalaciones de Enfermería Especializada Limitado a 60 días/año	\$250/admisión

Otro Cuidado y Gastos	Usted Paga	
Atención a la Salud en el Hogar Limitado a 120 visitas/año	\$0	
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	
Beneficio de audífonos	Niños (menores de 18 años) 20%; El plan paga hasta \$3,000 por oído cada 48 meses	Adultos (mayores de 18 años) \$0; El plan paga hasta \$3,000 por oído cada 36 meses
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.	\$3,500 por persona o \$9,400 por familia	

Medicamentos Recetados

Sólo disponibles en farmacias Kaiser	Venta de suministro (30 días)	Pedido por correo suministro (90 días)
Genéricos	\$10	\$20
Marca preferida	\$25	\$50
No preferida	\$40	\$80

Kaiser Permanente tiene 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.

Usted puede ahorrar tiempo y dinero en recargas de medicamentos recetados con nuestra línea de recarga "EZ Refill Line." Llame al (800) 700-1479.

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.