

## 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.*

Effective: 06/01/2019 • Vigente a partir del: 06/01/2019

## 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.*

Kaiser Permanente HMO	
Calendar Year Deductible	\$0
<b>Office Visits</b>	<b>You Pay</b>
Preventive Care	\$0
Primary Care Provider (PCP) Visit <i>(including mental health/ substance abuse visits)</i>	\$15
Specialist	\$20
<b>Emergency and Urgent Care</b>	<b>You Pay</b>
Urgent Care Center (UCC)	\$20
Emergency Room (ER) <i>(copay waived if admitted)</i>	\$100
Ambulance	\$0
<b>Lab and Imaging</b>	<b>You Pay</b>
Laboratory Services	\$0
Diagnostic Radiology (X-ray)	\$0
Diagnostic Imaging (CT, MRI, PET), Cardiac Testing	\$0

Kaiser Permanente HMO	
Deducible por Año Calendario	\$0
<b>Visitas a la Clínica</b>	<b>Usted Paga</b>
Atención Preventivo	\$0
Visita del proveedor de atención primaria (PCP) <i>(incluyendo las visitas de salud mental/abuso de sustancia)</i>	\$15
Especialista	\$20
<b>Servicios de Emergencia y Atención de Urgencias</b>	<b>Usted Paga</b>
Centro de Urgencias	\$20
Sala de Emergencias (ER) <i>(sin copago si es admitido)</i>	\$100
Ambulancia	\$0
<b>Laboratorio y Exámenes por Imágenes</b>	<b>Usted Paga</b>
Servicios de Laboratorio	\$0
Diagnóstico por Radiología (Rayos X)	\$0
Diagnóstico por imagen (CT, MRI, PET), pruebas cardíacas	\$0



Kaiser Member Services  
(888) 865-5813

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>Outpatient Services</b>	<b>You Pay</b>
Outpatient Surgery	\$20
Physical/Speech/ Occupational Therapy	\$20 <i>Limited to 40 visits/year for speech therapy and 40 visits/year for physical and occupational therapy</i>
<b>Inpatient Services</b>	<b>You Pay</b>
Hospitalization <i>(including mental health/ substance abuse)</i>	\$250/admission
Skilled Nursing Facility	\$250/admission <i>Limited to 60 days/year</i>
<b>Other Care and Expenses</b>	<b>You Pay</b>
Home Health Care	\$0 <i>Limited to 120 visits/year</i>
Hospice Care	\$0
Medical Equipment for Home Use	20%
Most Non-Network Medical Benefits	Not covered, except urgent and emergency care
<b>Out-of-Pocket Spending Limit</b>	<b>You Pay</b>
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

<b>Servicios Ambulatorios</b>	<b>Usted Paga</b>
Cirugía Ambulatoria	\$20
Terapia Física, del Habla o Ocupacional	\$20 <i>Limitado a 40 visitas/año por terapia del habla y 40 visitas/año por terapia física y ocupacional</i>
<b>Servicios con Hospitalización</b>	<b>Usted Paga</b>
Hospitalización <i>(incluyendo salud mental/ abuso de sustancias)</i>	\$250/admisión
Instalaciones de Enfermería Especializada	\$250/admisión <i>Limitado a 60 días/año</i>
<b>Otro Cuidado y Gastos</b>	<b>Usted Paga</b>
Atención a la Salud en el Hogar	\$0 <i>Limitado a 120 visitas/año</i>
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
<b>Límite de gastos directos</b>	<b>Usted Paga</b>
Una vez que alcance sus gastos directos en un año calendario, <i>(excluyendo ciertos cargos, consulte la EOC de Kaiser para más información)</i> , los beneficios se pagarán al 100% para el resto del año calendario.	\$3,500 por persona o \$9,400 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](http://www.kp.org/formulary)

As an added benefit, you may save time and money on prescription drug refills with Kaiser's 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](http://www.kp.org/formulary)

Como un beneficio adicional, usted puede ahorrar tiempo y dinero en recargas de medicamentos recetados con la línea de recarga "EZ Refill" de Kaiser. 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: 06/01/2019 • Vigente a partir del: 06/01/2019

Kaiser HMO Copays	Kaiser Pharmacy	Mail Delivery
<i>Retail: Up to a 30-day supply</i> <i>Mail Order: Up to a 90-day supply</i>	<b>You Pay</b>	
Generic	\$10	\$20
Preferred Brand	\$25	\$50
Non-Preferred	\$40	\$80

Copagos de Kaiser HMO	Farmacia de Kaiser	Entrega por correo
<i>Venta de suministro: hasta un suministro de 30 días</i> <i>Pedido por correo suministro: hasta un suministro de 90 días</i>	<b>Usted Paga</b>	
Genéricos	\$10	\$20
Marca preferida	\$25	\$50
No preferida	\$40	\$80