

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.

Effective: 01/01/2024 • Vigente a partir del: 01/01/2024

Kaiser Permanente Select High HMO

Calendar Year Deductible	\$0
Office Visits and Certain Other Visits	You Pay
Preventive Healthcare Services Includes routine preventive tests, well-child care visits, and routine immunizations for children and adults	No charge
Primary care visits for children Under 5 years of age	No charge
Primary care visits for adults and children 5 years of age or older	\$10 per visit
Specialty care visits	\$10 per visit
Eye Exams By an optometrist	\$10 per visit
Emergency and Urgent Care	You Pay
Urgent Care Center	\$10 per visit
Emergency Room Visits (ER) Inside and outside the service area; copayment waived if immediately admitted as an inpatient <i>Transfer to an observation bed or observation status does not qualify as an admission to a hospital and your copayment will not be waived</i>	\$25 per visit (same benefits out-of-network)
Ambulance Services By a licensed ambulance service	No charge (same benefits out-of-network)
Hospital Inpatient Care	You Pay
All charges incurred during a covered stay as an inpatient in a hospital	\$100 per admission

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.

Kaiser Permanente Select High HMO

Deducible por Año Calendario	\$0
Visitas al consultorio y ciertas otras visitas	Usted Paga
Servicios preventivos de salud Incluye estudios preventivos de rutina, visitas de control para niños, y vacunaciones de rutina para niños y adultos	Sin cargo
Visitas de atención primaria Para niños menores de 5 años	Sin cargo
Visitas de atención primaria para adultos y niños A partir de los 5 años	\$10 por visita
Visitas a especialistas	\$10 por visita
Exámenes oculares Por un optometrista	\$10 por visita
Servicios de Emergencia y Atención de Urgencias	Usted Paga
Centro de Urgencias	\$10 por visita
Visitas a la sala de emergencia (ER) Dentro y fuera del área de servicio; se exceptúan los copagos si se lo admite para internación inmediatamente <i>El traslado a una cama para observación o la categoría de "en observación" no califican como admisión a un hospital y su copago no se exceptuará</i>	\$25 por visita (los mismos beneficios fuera de la red)
Servicio de ambulancias Prestado por un servicio de ambulancias licenciad	Sin cargo (los mismos beneficios fuera de la red)
Atención de pacientes en el hospital	Usted Paga
Todos los cargos incurridos durante una estadía cubierta como paciente internado en un hospital	\$100 por admisión

Outpatient Care	You Pay
Outpatient Surgery Other than in a provider's office	\$10 per visit
Chemotherapy and Radiation Therapy	\$10 per visit
Kidney Dialysis	\$10 per visit
Outpatient X-ray, Laboratory, and Special Procedures	You Pay
Charges for covered outpatient diagnostic and laboratory tests performed in a provider's office are included in the office visit copayment	
Diagnostic Imaging, Interventional Diagnostic Tests, and Laboratory Tests	No charge
Specialty Imaging and Special Procedures Including CT, MRI, PET Scans, and Nuclear Medicine	No charge
Sleep Studies	\$10 per visit
Select Covered Services	You Pay
Habilitative Services	\$10 per visit
Therapy and Rehabilitation Services All services received in one day for multidisciplinary rehabilitation services at a day treatment program will be considered one visit	
Inpatient Services	\$100 per admission
Outpatient Services <i>Limited to 30 visits/year for each type of therapy per injury/incident/condition</i>	\$10 per visit
Skilled Nursing Facility Care <i>100-day maximum per contract year</i>	\$100 per admission
Home Healthcare <i>2 hours per visit; no more than 3 visits a day</i>	No charge
Hospice Care	No charge
Basic Durable Medical Equipment	20%
Chemical Dependency and Mental Health Services	You Pay
Inpatient Psychiatric and Substance Abuse Care, Including Detoxification	\$100 per admission
Hospital Alternative Services Intensive outpatient psychiatric treatment programs; partial hospitalization	\$10 per visit
Outpatient Psychiatric and Substance Abuse Care	
Individual therapy	\$10 per visit
Group therapy	\$5 per visit
Medication Management Visits	\$10 per visit
Hearing Aid Benefit	You pay \$0; Plan pays up to \$3,000 per ear every 36 months
Out-of-Pocket Maximums	You Pay
Once your out-of-pocket network copayment and coinsurance reach these annual maximums, you will not pay any additional copayments and coinsurance for most services provided through Kaiser.	Individual \$3,500 Family \$9,400

Atención ambulatoria	Usted Paga
Cirugía ambulatoria Fuera del consultorio del proveedor	\$10 por visita
Quimioterapia y radioterapia	\$10 por visita
Diálisis del Riñón	\$10 por visita
Radiología ambulatoria, laboratorio y procedimientos especiales	Usted Paga
Los cargos por estudios diagnósticos ambulatorios cubiertos y análisis de laboratorio realizados en el consultorio del médico se incluyen en el copago por visitas a consultorio	
Imágenes de diagnóstico, estudios intervencionistas de diagnóstico, análisis de laboratorio	Sin cargo
Imágenes especializadas y procedimientos especializados Incluyen CT, MRI, PET y medicina nuclear	Sin cargo
Estudios del sueño	\$10 por visita
Servicios con Cobertura Selectos	Usted Paga
Servicios habilitativos	\$10 por visita
Servicios de terapia y rehabilitación Todos los servicios recibidos en un día para rehabilitación multidisciplinaria en un programa de tratamiento de día se considerarán como una visita	
Servicios a pacientes hospitalizados	\$100 por admisión
Servicios a pacientes ambulatorios <i>Limitado a 30 visitas / año por cada tipo de terapia por lesión / incidente / condición</i>	\$10 por visita
Atención en centros de enfermería especializados <i>Limitado a un beneficio máximo de 100 días por año contractual</i>	\$100 por admisión
Atención de salud en el hogar <i>2 horas por visita, no más de 3 visitas por día</i>	Sin cargo
Cuidados de hospicio	Sin cargo
Equipos médicos duraderos básicos	20%
Servicios de atención por dependencia química y salud mental	Usted Paga
Atención psiquiátrica y por abuso de sustancias a pacientes hospitalizados	\$100 por admisión
Servicios hospitalarios alternativos Programas intensivos de tratamiento psiquiátrico a pacientes ambulatorios; hospitalización parcial	\$10 por visita
Atención psiquiátrica y por abuso de sustancias a pacientes ambulatorios	
Terapia individual	\$10 por visita
Terapia grupal	\$5 por visita
Visitas para control de medicación	\$10 por visita
Beneficio de audífonos	Usted paga \$0; El plan paga hasta \$3,000 por oído cada 36 meses
Máximos de gastos fuera de bolsillo	Usted Paga
Una vez que el copago y coseguro de su bolsillo dentro de la red lleguen a estos máximos anuales, no tendrá necesidad de hacer desembolsos por copagos o coseguro adicionales para la mayoría de los servicios que proporciona Kaiser.	Individual \$3,500 Familiar \$9,400



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	Kaiser Pharmacy	Network Pharmacy	Mail Delivery
Up to a 60-day Supply	You Pay		
Generic	\$10	\$20	\$8
Preferred Brand	\$25	\$45	\$23
Non-Preferred Brand	\$40	\$60	\$38
90-day Supply	You Pay		
Generic	\$10	\$20	\$8
Preferred Brand	\$25	\$45	\$23
Non-Preferred Brand	\$40	\$60	\$38

Copagos de Kaiser HMO	Farmacia de Kaiser	Farmacias de la red	Entrega por correo
Suministro para hasta 60 días	Usted Paga		
Genéricos	\$10	\$20	\$8
Marca preferida	\$25	\$45	\$23
Marca no preferida	\$40	\$60	\$38
Suministro para 90 días	Usted Paga		
Genéricos	\$10	\$20	\$8
Marca preferida	\$25	\$45	\$23
Marca no preferida	\$40	\$60	\$38



Kaiser Member Services
(800) 464-4000

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

Encuentre una farmacia dentro de la red cerca de usted en www.kp.org