

## 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 Signature HMO

Calendar Year Deductible	\$0
<b>Office Visits and Certain Other Visits</b>	<b>You Pay</b>
<b>Preventive Healthcare Services</b> Includes routine preventive tests, well-child care visits, and routine immunizations for children and adults	No charge
<b>Primary care visits for children</b> Under 5 years of age	No charge
<b>Primary care visits for adults and children</b> 5 years of age or older	\$15 per visit
<b>Specialty care visits</b>	\$20 per visit
<b>Eye Exams</b> By an optometrist	\$15 per visit
<b>Emergency and Urgent Care</b>	<b>You Pay</b>
<b>Urgent Care Center</b>	\$20 per visit
<b>Emergency Room Visits (ER)</b> 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>	\$100 per visit (same benefits out-of-network)
<b>Ambulance Services</b> By a licensed ambulance service	No charge (same benefits out-of-network)
<b>Hospital Inpatient Care</b>	<b>You Pay</b>
All charges incurred during a covered stay as an inpatient in a hospital	\$250 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 Signature HMO

Deducible por Año Calendario	\$0
<b>Visitas al consultorio y ciertas otras visitas</b>	<b>Usted Paga</b>
<b>Servicios preventivos de salud</b> Incluye estudios preventivos de rutina, visitas de control para niños, y vacunaciones de rutina para niños y adultos	Sin cargo
<b>Visitas de atención primaria</b> Para niños menores de 5 años	Sin cargo
<b>Visitas de atención primaria para adultos y niños A</b> partir de los 5 años	\$15 por visita
<b>Visitas a especialistas</b>	\$20 por visita
<b>Exámenes oculares</b> Por un optometrista	\$15 por visita
<b>Servicios de Emergencia y Atención de Urgencias</b>	<b>Usted Paga</b>
<b>Centro de Urgencias</b>	\$20 por visita
<b>Visitas a la sala de emergencia (ER)</b> 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>	\$100 por visita (los mismos beneficios fuera de la red)
<b>Servicio de ambulancias</b> Prestado por un servicio de ambulancias licenciad	Sin cargo (los mismos beneficios fuera de la red)
<b>Atención de pacientes en el hospital</b>	<b>Usted Paga</b>
Todos los cargos incurridos durante una estadía cubierta como paciente internado en un hospital	\$250 por admisión



Kaiser Member Services  
(800) 464-4000

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)

Kaiser offers discounts on eye glasses and contact lenses. Children under age 19 may be eligible for free glasses or contacts once per year.

*Kaiser ofrece descuentos en lentes y lentes de contacto. Menores de 19 años pueden ser elegibles para lentes o lentes de contacto gratis una vez por año.*

<b>Outpatient Care</b>	<b>You Pay</b>
<b>Outpatient Surgery</b> Other than in a provider's office	\$20 per visit
<b>Chemotherapy and Radiation Therapy</b>	\$20 per visit
<b>Kidney Dialysis</b>	\$20 per visit
<b>Outpatient X-ray, Laboratory, and Special Procedures</b>	<b>You Pay</b>
Charges for covered outpatient diagnostic and laboratory tests performed in a provider's office are included in the office visit copayment	
<b>Diagnostic Imaging, Interventional Diagnostic Tests, and Laboratory Tests</b>	No charge
<b>Specialty Imaging and Special Procedures</b> Including CT, MRI, PET Scans, and Nuclear Medicine	No charge
<b>Sleep Studies</b>	\$20 per visit
<b>Select Covered Services</b>	<b>You Pay</b>
<b>Habilitative Services</b>	
ABA therapy	\$15 per visit
Physical, occupational, and speech therapy	\$20 per visit
<b>Therapy and Rehabilitation Services</b> All services received in one day for multidisciplinary rehabilitation services at a day treatment program will be considered one visit	
<b>Inpatient Services</b>	\$250 per admission
<b>Outpatient Services</b> <i>Limited to 30 visits/year for each type of therapy per injury/incident/condition</i>	\$20 per visit
<b>Skilled Nursing Facility Care</b> <i>100-day maximum per contract year</i>	\$250 per admission
<b>Home Healthcare</b> <i>2 hours per visit; no more than 3 visits a day</i>	No charge
<b>Hospice Care</b>	No charge
<b>Basic Durable Medical Equipment</b>	20%
<b>Chemical Dependency and Mental Health Services</b>	<b>You Pay</b>
<b>Inpatient Psychiatric and Substance Abuse Care, Including Detoxification</b>	\$250 per admission
<b>Hospital Alternative Services</b> Intensive outpatient psychiatric treatment programs; partial hospitalization	\$15 per visit
<b>Outpatient Psychiatric and Substance Abuse Care</b>	
Individual therapy	\$15 per visit
Group therapy	\$7 per visit
Medication Management Visits	\$15 per visit
<b>Hearing Aid Benefit</b>	You pay \$0; Plan pays up to \$3,000 per ear every 36 months
<b>Out-of-Pocket Maximums</b>	<b>You Pay</b>
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

<b>Atención ambulatoria</b>	<b>Usted Paga</b>
<b>Cirugía ambulatoria</b> Fuera del consultorio del proveedor	\$20 por visita
<b>Quimioterapia y radioterapia</b>	\$20 por visita
<b>Diálisis del Riñón</b>	\$20 por visita
<b>Radiología ambulatoria, laboratorio y procedimientos especiales</b>	<b>Usted Paga</b>
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	
<b>Imágenes de diagnóstico, estudios intervencionistas de diagnóstico, análisis de laboratorio</b>	Sin cargo
<b>Imágenes especializadas y procedimientos especializados</b> Incluyen CT, MRI, PET y medicina nuclear	Sin cargo
<b>Estudios del sueño</b>	\$20 por visita
<b>Servicios con Cobertura Selectos</b>	<b>Usted Paga</b>
<b>Servicios habilitativos</b>	
Terapia ABA	\$15 por visita
Terapia física, ocupacional, y del habla	\$20 por visita
<b>Servicios de terapia y rehabilitación</b> Todos los servicios recibidos en un día para rehabilitación multidisciplinaria en un programa de tratamiento de día se considerarán como una visita	
<b>Servicios a pacientes hospitalizados</b>	\$250 por admisión
<b>Servicios a pacientes ambulatorios</b> <i>Limitado a 30 visitas / año por cada tipo de terapia por lesión/incidente/condición</i>	\$20 por visita
<b>Atención en centros de enfermería especializados</b> <i>Limitado a un beneficio máximo de 100 días por año contractual</i>	\$250 por admisión
<b>Atención de salud en el hogar</b> <i>2 horas por visita, no más de 3 visitas por día</i>	Sin cargo
<b>Cuidados de hospicio</b>	Sin cargo
<b>Equipos médicos duraderos básicos</b>	20%
<b>Servicios de atención por dependencia química y salud mental</b>	<b>Usted Paga</b>
<b>Atención psiquiátrica y por abuso de sustancias a pacientes hospitalizados</b>	\$250 por admisión
<b>Servicios hospitalarios alternativos</b> Programas intensivos de tratamiento psiquiátrico a pacientes ambulatorios; hospitalización parcial	\$15 por visita
<b>Atención psiquiátrica y por abuso de sustancias a pacientes ambulatorios</b>	
Terapia individual	\$15 por visita
Terapia grupal	\$7 por visita
Visitas para control de medicación	\$15 por visita
<b>Beneficio de audífonos</b>	Usted paga \$0; El plan paga hasta \$3,000 por oído cada 36 meses
<b>Máximos de gastos fuera de bolsillo</b>	<b>Usted Paga</b>
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](http://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](http://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
<b>Up to a 60-day Supply</b>	<b>You Pay</b>		
Generic	\$10	\$20	\$8
Preferred Brand	\$25	\$45	\$23
Non-Preferred Brand	\$40	\$60	\$38
<b>90-day Supply</b>	<b>You Pay</b>		
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
<b>Suministro para hasta 60 días</b>	<b>Usted Paga</b>		
Genéricos	\$10	\$20	\$8
Marca preferida	\$25	\$45	\$23
Marca no preferida	\$40	\$60	\$38
<b>Suministro para 90 días</b>	<b>Usted Paga</b>		
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](http://www.kp.org)

Encuentre una farmacia dentro de la red cerca de usted en [www.kp.org](http://www.kp.org)