# Here's Your Summary of Benefits and Coverage!

Your Summary of Benefits and Coverage (SBC) summarizes your benefits for common medical care. The SBC is required under federal law to let you more easily compare benefits between plans. The SBC is not a detailed description of your benefits or how they work. If there is a conflict between this SBC and your Plan's documents, the Plan's documents govern.

- Your SBC shows the benefits available to you even if you choose not to enroll. (You may or may not be allowed to waive coverage.)
- The SBC primarily reflects your medical benefits. You may have additional vision or dental benefits not shown in the SBC. You may also have life, accidental death and dismemberment, or short-term disability benefits.
- The SBC includes a section called *Coverage Examples.* This section shows the estimated average cost and benefits paid for common medical procedures.
    - The costs reflect national averages, but may not reflect actual plan payments.
    - The coverage examples are based on certain assumptions. It is important to note these are examples only. You shouldn't use these examples to estimate your actual costs under the Plan.

## Need More Information?

If you have questions about your SBC, your benefits under the Plan, or what enrollment options you may have, please contact UNITE HERE HEALTH at the phone number shown on your SBC.

# ¡Aquí tiene su Resumen de beneficios y cobertura!

El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le presenta una síntesis de sus beneficios para atención médica común. La ley federal estipula que su SBC le debe permitir hacer una fácil comparación de beneficios entre planes. El SBC no contiene una descripción detallada de sus beneficios ni cómo estos funcionan. De haber algún conflicto entre este SBC y los documentos de su Plan, los que rigen son los documentos del Plan.

- El SBC le muestra los beneficios disponibles para usted, aún cuando usted decida no inscribirse. (Puede ser que se le permita o no se le permita renunciar a la cobertura).
- El SBC refleja principalmente sus beneficios médicos. Puede ser que tenga beneficios adicionales para la visión o dentales que no aparecen en su SBC. Además, es posible que tenga beneficios de seguro de vida, muerte accidental o desmembramiento, o beneficios de discapacidad a corto plazo.
- El SBC incluye una sección que se llama *Ejemplos de cobertura.* Esta sección le muestra una estimación del costo promedio y beneficios pagados por procedimientos médicos comunes.
    - Los costos reflejan promedios nacionales, pero es posible que no reflejen los verdaderos pagos del plan.
    - Los ejemplos de cobertura están basados en ciertas suposiciones. Es importante tener en cuenta que estos son sólo ejemplos. No debe utilizar estos ejemplos para estimar sus costos reales bajo el Plan.

## ¿Necesita más información?

Si tiene preguntas con respecto a su SBC, a sus beneficios según el Plan o a sus opciones para inscribirse, comuníquese con UNITE HERE HEALTH al número telefónico que aparece en su SBC.

**Summary of Benefits and Coverage:** What this Plan Covers & What You Pay For Covered Services

**Coverage Period: Beginning on or after 01/01/2024**

UNITE HERE HEALTH **Long Beach/Orange County (Plan Unit 278)**

**Coverage for:** All | **Plan Type:** HMO

**The Summary of Benefits and Coverage (SBC) document will help you choose a health plan. The SBC shows you how you and the plan would share the cost for covered health care services. NOTE: Information about the cost of this plan (called the premium) will be provided separately.**
**This is only a summary.** For more information about your coverage, or to get a copy of the complete terms of coverage, visit www.kp.org/plandocuments or call 1-800-278-3296 (TTY: 711). For general definitions of common terms, such as allowed amount, balance billing, coinsurance, copayment, deductible, provider, or other underlined terms see the Glossary. You can view the Glossary at www.cciio.cms.gov or call 1-855-844-5262 to request a copy.

| Important Questions | Answers | Why This Matters: |
|---|---|---|
| **What is the overall deductible?** | $0 | See the Common Medical Events chart below for your costs for services this plan covers. |
| **Are there services covered before you meet your deductible?** | Not Applicable. | The plan does not have a deductible. |
| **Are there other deductibles for specific services?** | No. | You don't have to meet deductibles for specific services. |
| **What is the out-of-pocket limit for this plan?** | $1,500 individual / $3,000 family | The out-of-pocket limit is the most you could pay in a year for covered services. If you have other family members in this plan, they have to meet their own out-of-pocket limits until the overall family out-of-pocket limit has been met. |
| **What is not included in the out-of-pocket limit?** | Premiums, payments for health care this plan doesn't cover, and cost-sharing for certain services listed in plan documents. | Even though you pay these expenses, they don't count toward the out–of–pocket limit. |
| **Will you pay less if you use a network provider?** | Yes. See www.kp.org or call 1-800-278-3296 (TTY: 711) for a list of network providers. | This plan uses a provider network. You will pay less if you use a provider in the plan's network. You will pay the most if you use an out-of-network provider, and you might receive a bill from a provider for the difference between the provider's charge and what your plan pays (balance billing). Be aware, your network provider might use an out-of-network provider for some services (such as lab work). Check with your provider before you get services. |
| **Do you need a referral to see a specialist?** | Yes, but you may self-refer to certain specialists. | This plan will pay some or all of the costs to see a specialist for covered services but only if you have a referral before you see the specialist. |

| Common Medical Event | Services You May Need | What You Will Pay | | Limitations, Exceptions, & Other Important Information |
|---|---|---|---|---|
| | | Plan Provider (You will pay the least) | Non-Plan Provider (You will pay the most) | |
| **If you visit a health care provider's office** | Primary care visit to treat an injury or illness | $10 copay/visit | Not covered | None |

| Common Medical Event | Services You May Need | What You Will Pay | | Limitations, Exceptions, & Other Important Information |
|---|---|---|---|---|
| | | Plan Provider (You will pay the least) | Non-Plan Provider (You will pay the most) | |
| **or clinic** | Specialist visit | $10 copay/visit | Not covered | None |
| | Preventive care/screening/ immunization | No charge | Not covered | You may have to pay for services that aren't preventive. Ask your provider if the services needed are preventive. Then check what your plan will pay for. |
| **If you have a test** | Diagnostic test (x-ray, blood work) | No charge | Not covered | None |
| | Imaging (CT/PET scans, MRIs) | No charge | Not covered | None |
| **If you need drugs to treat your illness or condition** More information about **prescription drug coverage** is available at www.kp.org/formulary | Generic drugs (Tier 1) | Retail: $10 copay/prescription; Mail order: $20 copay/prescription | Not covered | Up to a 30-day supply retail or 100-day supply mail order. Subject to formulary guidelines. No charge for contraceptives. |
| | Preferred brand drugs (Tier 2) | Retail: $25 copay/prescription; Mail order: $50 copay/prescription | Not covered | Up to a 30-day supply retail or 100-day supply mail order. Subject to formulary guidelines. No charge for contraceptives. |
| | Non-preferred brand drugs (Tier 2) | Retail: $25 copay/prescription; Mail order: $50 copay/prescription | Not covered | The cost sharing for non-preferred brand drugs under this plan aligns with the cost sharing for preferred brand drugs (Tier 2), when approved through the formulary exception process. |
| | Specialty drugs (Tier 4) | $25 copay/prescription | Not covered | Up to a 30-day supply retail. Subject to formulary guidelines. |
| **If you have outpatient surgery** | Facility fee (e.g., ambulatory surgery center) | $10 copay/procedure | Not covered | None |
| | Physician/surgeon fees | No charge | Not covered | Physician/surgeon fees are included in the facility fee. |
| **If you need immediate medical attention** | Emergency room care | $150 copay/visit | $150 copay/visit | None |
| | Emergency medical transportation | No charge | No charge | None |
| | Urgent care | $10 copay/visit | Not covered | Non-plan providers covered when temporarily outside the service area: $10 copay/visit. |
| **If you have a hospital stay** | Facility fee (e.g., hospital room) | $250 copay/admission | Not covered | None |
| | Physician/surgeon fees | No charge | Not covered | Physician/surgeon fees are included in the facility fee. |

* For more information about limitations and exceptions, see the plan or policy document at www.uhh.org.

| Common Medical Event | Services You May Need | What You Will Pay | | Limitations, Exceptions, & Other Important Information |
|---|---|---|---|---|
| | | Plan Provider (You will pay the least) | Non-Plan Provider (You will pay the most) | |
| **If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services** | Outpatient services | $10 copay/individual visit; no charge for other outpatient services | Not covered | $5 copay/group visit. |
| | Inpatient services | $250 copay/admission | Not covered | None |
| **If you are pregnant** | Office visits | No charge | Not covered | Depending on the type of services, a copayment, coinsurance, or deductible may apply. Maternity care may include tests and services described elsewhere in the SBC (i.e. ultrasound). |
| | Childbirth/delivery professional services | No charge | Not covered | Professional services are included in the facility services. |
| | Childbirth/delivery facility services | $250 copay/admission | Not covered | None |
| **If you need help recovering or have other special health needs** | Home health care | No charge | Not covered | Coverage limited to 2 hours/visit, 3 visits/day, and 100 visits/year. |
| | Rehabilitation services | Inpatient: $250 copay/admission; Outpatient: $10 copay/visit | Not covered | None |
| | Habilitation services | $10 copay/visit | Not covered | None |
| | Skilled nursing care | No charge | Not covered | Coverage limited to 100 days/benefit period. |
| | Durable medical equipment | No charge | Not covered | Requires prior authorization. |
| | Hospice services | No charge | Not covered | None |
| **If your child needs dental or eye care** | Children's eye exam | No charge for refractive exam | Not covered | Kaiser vision benefit limited to network eye exam only. You may have other vision benefits provided separately through UNITE HERE HEALTH. |
| | Children's glasses | Not covered | Not covered | |
| | Children's dental check-up | Not covered | Not covered | Dental benefits may be provided separately. |

* For more information about limitations and exceptions, see the plan or policy document at www.uhh.org.

## Excluded Services & Other Covered Services:

**Services Your Plan Generally Does NOT Cover (Check your policy or plan document for more information and a list of any other excluded services.)**

- Children's glasses (may be provided separately)
- Chiropractic care
- Cosmetic surgery
- Dental care (Adult & Child) (may be provided separately)
- Long-term care
- Non-emergency care when traveling outside the U.S.
- Private-duty nursing
- Routine foot care
- Weight loss programs

**Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list. Please see your plan document.)**

- Acupuncture (plan provider referred)
- Bariatric surgery
- Hearing aids ($3,000 limit/ear every 36 months)
- Infertility treatment
- Routine eye care (Adult)

**Your Rights to Continue Coverage:** There are agencies that can help if you want to continue your coverage after it ends. The contact information for those agencies is: Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform. Other coverage options may be available to you too, including buying individual insurance coverage through the Health Insurance Marketplace. For more information about the Marketplace, visit www.HealthCare.gov or call 1-800-318-2596.

**Your Grievance and Appeals Rights:** There are agencies that can help if you have a complaint against your plan for a denial of a claim. This complaint is called a grievance or appeal. For more information about your rights, look at the explanation of benefits you will receive for that medical claim. Your plan documents also provide complete information to submit a claim, appeal, or a grievance for any reason to your plan. For more information about your rights, this notice, or assistance, contact: Kaiser Permanente at 1-800-278-3296 (TTY: 711) or online at www.kp.org/memberservices, the Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform, or the Department of Managed Health Care Help Center, 980 9th Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814, (888) 466-2219, www.healthhelp.ca.gov. (Contact UNITE HERE HEALTH at 1-855-844-5262 for questions about any benefits other than medical or prescription drug.)

Additionally, a consumer assistance program can help you file your appeal. Contact Department of Managed Health Care Help Center, 980 9th Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814, (888) 466-2219, www.healthhelp.ca.gov.

**Does this plan provide Minimum Essential Coverage? Yes.**
Minimum Essential Coverage generally includes plans, health insurance available through the Marketplace or other individual market policies, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, and certain other coverage. If you are eligible for certain types of Minimum Essential Coverage, you may not be eligible for the premium tax credit.

**Does this plan meet the Minimum Value Standards? Yes.**
If your plan doesn't meet the Minimum Value Standards, you may be eligible for a premium tax credit to help you pay for a plan through the Marketplace.

**Language Access Services:**
Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-788-0616 (TTY: 711)
Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-278-3296 (TTY: 711)

* For more information about limitations and exceptions, see the plan or policy document at www.uhh.org.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-800-757-7585 (TTY: 711)
Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-800-278-3296 (TTY: 711)

*To see examples of how this plan might cover costs for a sample medical situation, see the next section.*

* For more information about limitations and exceptions, see the plan or policy document at www.uhh.org.

## About these Coverage Examples:

**This is not a cost estimator.** Treatments shown are just examples of how this plan might cover medical care. Your actual costs will be different depending on the actual care you receive, the prices your providers charge, and many other factors. Focus on the cost sharing amounts (deductibles, copayments and coinsurance) and excluded services under the plan. Use this information to compare the portion of costs you might pay under different health plans. Please note these coverage examples are based on self-only coverage.

### Peg is Having a Baby
(9 months of in-network pre-natal care and a hospital delivery)

| | |
|---|---|
| The plan's overall deductible | $0 |
| Specialist copayment | $10 |
| Hospital (facility) copayment | $250 |
| Other copayment | $0 |

**This EXAMPLE event includes services like:**
Specialist office visits (*prenatal care*)
Childbirth/Delivery Professional Services
Childbirth/Delivery Facility Services
Diagnostic tests (*ultrasounds and blood work*)
Specialist visit (*anesthesia*)

| **Total Example Cost** | **$12,700** |
|---|---|

**In this example, Peg would pay:**

| *Cost Sharing* | |
|---|---|
| Deductibles | $0 |
| Copayments | $300 |
| Coinsurance | $0 |
| *What isn't covered* | |
| Limits or exclusions | $50 |
| **The total Peg would pay is** | **$350** |

### Managing Joe's type 2 Diabetes
(a year of routine in-network care of a well-controlled condition)

| | |
|---|---|
| The plan's overall deductible | $0 |
| Specialist copayment | $10 |
| Hospital (facility) copayment | $250 |
| Other copayment | $0 |

**This EXAMPLE event includes services like:**
Primary care physician office visits (*including disease education*)
Diagnostic tests (*blood work*)
Prescription drugs
Durable medical equipment (*glucose meter*)

| **Total Example Cost** | **$5,600** |
|---|---|

**In this example, Joe would pay:**

| *Cost Sharing* | |
|---|---|
| Deductibles | $0 |
| Copayments | $600 |
| Coinsurance | $0 |
| *What isn't covered* | |
| Limits or exclusions | $0 |
| **The total Joe would pay is** | **$600** |

### Mia's Simple Fracture
(in-network emergency room visit and follow up care)

| | |
|---|---|
| The plan's overall deductible | $0 |
| Specialist copayment | $10 |
| Hospital (facility) copayment | $250 |
| Other copayment | $0 |

**This EXAMPLE event includes services like:**
Emergency room care (*including medical supplies*)
Diagnostic test (*x-ray*)
Durable medical equipment (*crutches*)
Rehabilitation services (*physical therapy*)

| **Total Example Cost** | **$2,800** |
|---|---|

**In this example, Mia would pay:**

| *Cost Sharing* | |
|---|---|
| Deductibles | $0 |
| Copayments | $200 |
| Coinsurance | $0 |
| *What isn't covered* | |
| Limits or exclusions | $0 |
| **The total Mia would pay is** | **$200** |

Note: These numbers assume referrals from a PCP were obtained for specialty care and the patient does not participate in the plan's Better Living wellness program. If you participate in the plan's Better Living wellness program, you may be able to reduce your costs. For more information about the Better Living wellness program, please contact: UNITE HERE HEALTH at 1-855-844-5262.

The **plan** would be responsible for the other costs of these EXAMPLE covered services.

**Resumen de beneficios y cobertura:** Lo que cubre este plan y lo que usted paga por los servicios cubiertos **Periodo de cobertura: A partir o después del 01/01/2024**

UNITE HERE HEALTH **Long Beach/Orange County (Plan Unit 278)** **Cobertura para:** Todo | **Tipo de plan:** HMO

**El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un plan médico. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamada prima) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen.** Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, visite www.kp.org/plandocuments o llame al 1-800-278-3296 (TTY: 711). Para una definición de los términos de uso común, como monto permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos delineados consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en www.cciio.cms.gov o llamar a 1-855-844-5262 para solicitar una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante |
|---|---|---|
| **¿Cuál es el deducible general?** | **USD** $0 | Consulte la tabla de eventos comunes a continuación para ver los costos de servicio que cubre este plan. |
| **¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible?** | No se aplica. | Este plan no tiene un deducible. |
| **¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?** | No. | No tiene que pagar un deducible por servicios específicos. |
| **¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan?** | **USD** $1,500 por persona / $3,000 por familia | El límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en este plan, tienen que cumplir con sus propios límites de gastos directo del bolsillo hasta que se cumpla el límite de gastos directo del bolsillo total por familia. |
| **¿Qué no incluye el desembolso máximo?** | Las primas, los pagos por cuidados de salud que este plan no cubre y la parte que le corresponde de los costos para determinados servicios indicados en los documentos del plan. | Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos directos del bolsillo. |
| **¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red medica?** | Sí. Vea www.kp.org o llame al 1-800-278-3296 (TTY: 711) para una lista de proveedores dentro de la red. | Este plan no tiene un proveedor dentro de la red. Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan. Usted pagará más si acude a un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios. |
| **¿Necesita un referido para ver a un especialista?** | Sí, pero usted puede auto remitirse a determinados especialistas. | Este plan paga algunos o todos los costos de acudir a un especialista por servicios cubiertos, pero solo si tiene un referido antes de acudir al especialista. |

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| | | Proveedores participantes (Usted pagará lo mínimo) | Proveedores no participantes (Usted pagará lo máximo) | |
| **Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud** | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | $10 copago/visita | No tiene cobertura | Ninguna |
| | Visita al especialista | $10 copago/visita | No tiene cobertura | Ninguna |
| | Atención preventiva/examen colectivo/vacuna | Sin cargo | No tiene cobertura | Es posible que usted tenga que pagar por servicios que no sean preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego compruebe lo que su plan pagará por el servicio. |
| **Si se realiza un examen** | Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre) | Sin cargo | No tiene cobertura | Ninguna |
| | Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética) | Sin cargo | No tiene cobertura | Ninguna |
| **Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección** Hay más información disponible acerca de la **cobertura de medicamentos con receta** en www.kp.org/formulary | Medicamentos genéricos (nivel 1) | Al por menor: $10 copago/receta médica; Orden por correo: $20 copago/receta médica | No tiene cobertura | Hasta un suministro de 30 días al por menor o un suministro de 100 días en orden por correo. Sujeto a las pautas de la lista de medicamentos. Los anticonceptivos no tienen costo. |
| | Medicamentos de marcas preferidas (nivel 2) | Al por menor: $25 copago/receta médica; Orden por correo: $50 copago/receta médica | No tiene cobertura | Hasta un suministro de 30 días al por menor o un suministro de 100 días en orden por correo. Sujeto a las pautas de la lista de medicamentos. Los anticonceptivos no tienen costo. |
| | Medicamentos de marcas no preferidas (nivel 2) | Al por menor: $25 copago/receta médica; Orden por correo: $50 copago/receta médica | No tiene cobertura | Los costos compartidos correspondientes a los medicamentos de marca no preferidos según este plan se alinean con los costos compartidos correspondientes a los medicamentos de marca preferidos (nivel 2), cuando estén aprobados mediante el proceso de excepciones de la lista de medicamentos. |

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.uhh.org.

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| | | Proveedores participantes (Usted pagará lo mínimo) | Proveedores no participantes (Usted pagará lo máximo) | |
| | Medicamentos especializados (nivel 4) | $25 copago/receta médica | No tiene cobertura | Hasta un suministro de 30 días al por menor. Sujeto a las pautas de la lista de medicamentos. |
| **Si se somete a una operación ambulatoria** | Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | $10 copago/ procedimiento | No tiene cobertura | Ninguna |
| | Honorarios del médico/cirujano | Sin cargo | No tiene cobertura | Las tarifas del médico/cirujano están incluidas en la tarifa del centro. |
| **Si necesita atención médica inmediata** | Atención en la sala de emergencias | $150 copago/visita | $150 copago/visita | Ninguna |
| | Transporte médico de emergencia | Sin cargo | Sin cargo | Ninguna |
| | Atención de urgencia | $10 copago/visita | No tiene cobertura | Los proveedores fuera del plan están cubiertos cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio: $10 copago/visita. |
| **Si le hospitalizan** | Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital) | $250 copago/admisión | No tiene cobertura | Ninguna |
| | Honorarios del médico/cirujano | Sin cargo | No tiene cobertura | Las tarifas del médico/cirujano están incluidas en la tarifa del centro. |
| **Si necesita servicios de salud mental, conductual o abuso de sustancias** | Servicios ambulatorios | $10 copago/visita individual; sin cargo para otros servicios ambulatorios | No tiene cobertura | $5 copago/visita grupal |
| | Servicios internos | $250 copago/admisión | No tiene cobertura | Ninguna |
| **Si está embarazada** | Visitas al consultorio | Sin cargo | No tiene cobertura | Dependiendo en el tipo de servicios, puede aplicar un copago, coseguro o deducible. El cuidado de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte en el SBC (por ejemplo, ultrasonido). |
| | Servicios de parto profesionales | Sin cargo | No tiene cobertura | Los servicios profesionales están incluidos en los servicios del centro. |
| | Servicios de instalaciones de partos profesionales | $250 copago/admisión | No tiene cobertura | Ninguna |

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| | | Proveedores participantes (Usted pagará lo mínimo) | Proveedores no participantes (Usted pagará lo máximo) | |
| **Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales** | Cuidado de la salud en el hogar | Sin cargo | No tiene cobertura | Cobertura limitada a 2 horas/visita, 3 visitas/día, y 100 visitas/año. |
| | Servicios de rehabilitación | Internación: $250 copago/admisión; Pacientes ambulatorios: $10 copago/visita | No tiene cobertura | Ninguna |
| | Servicios de habilitación | $10 copago/visita | No tiene cobertura | Ninguna |
| | Cuidado de enfermería especializada | Sin cargo | No tiene cobertura | Cobertura limitada a 100 días/período de beneficios. |
| | Equipo médico duradero | Sin cargo | No tiene cobertura | Requiere autorización previa. |
| | Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales | Sin cargo | No tiene cobertura | Ninguna |
| **Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista** | Examen de la vista pediátrico | Sin cargo por examen refractivo | No tiene cobertura | El beneficio de la visión Kaiser se limita al examen de la vista dentro de la red únicamente. Usted puede tener otros beneficios de la visión proporcionados por separado a través de UNITE HERE HEALTH. |
| | Anteojos para niños | No tiene cobertura | No tiene cobertura | |
| | Chequeo dental pediátrico | No tiene cobertura | No tiene cobertura | Beneficios dentales pueden ser proporcionados por separado. |

## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

**Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros servicios excluidos.)**

- Anteojos para niños (pueden ser proporcionados por separado)
- Cuidados quiroprácticos
- Cirugía cosmética
- Chequeos dentales (Adultos y Menores) (pueden ser proporcionados por separado)
- Cuidados de salud por tiempo prolongado
- Cuidados que no son de emergencia cuando sale de los E.U.
- Servicio de enfermería especializado
- Cuidados podiátricos de rutina
- Programas para bajar de peso

**Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su plan.)**

- Acupuntura (proveedor del plan referido)
- Cirugía bariátrica
- Audífonos (limite de $3,000/por oído cada 36 meses)
- Tratamiento de la infertilidad
- Cuidados de la visión de rutina (Adultos)

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.uhh.org.

**Sus derechos a continuar con su cobertura** Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: Departamento de Trabajo de Administración de Seguridad de los Beneficios del Empleado al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguro Médico. Para más información acerca del Mercado, visite www.CuidadDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

**Sus derechos para presentar quejas o apelaciones:** Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por negarle una reclamación. Esta queja se llama reclamo o apelación. Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este reclamo médico. Sus documentos del plan también incluirán información completa sobre cómo presentar un reclamo, apelación o una queja a su plan por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: Kaiser Permanente at 1-800-278-3296 (TTY: 711) o visite www.kp.org/memberservices, el Departamento de Trabajo, Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o visitar www.dol.gov/ebsa/healthreform, o el Departamento de Salud de California Managed Care, 980 9th Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814, 1-888-466-2219, www.healthhelp.ca.gov. (Si tiene preguntas sobre cualquier beneficio fuera de los beneficios médicos o de medicamentos de venta bajo receta, comuníquese con UNITE HERE HEALTH al 1-855-844-5262.)

Además, puede pedir ayuda para presentar una apelación al programa de asistencia al consumidor: Contacto el Departamento de Salud de California Managed Care, 980 9th Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814, 1-888-466-2219, www.healthhelp.ca.gov.

**¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.**
La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles a través del Mercado u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de cobertura esencial mínima,tal vez no sea elegible para el crédito fiscal para primas del plan.

**¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí.**
Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, usted podría calificar para un crédito fiscal para las primas para ayudarle a pagar un plan a través del Mercado.

**Servicios lingüísticos:**
Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-788-0616 (TTY: 711)
Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-278-3296 (TTY: 711)
Chinese (中文): 如果需要中文的帮助， 请拨打这个号码 1-800-757-7585 (TTY: 711)
Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-800-278-3296 (TTY: 711)

***Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.***

## Acerca de los ejemplos de cobertura:

**Este no es un estimador de costos.** Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este plan podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus proveedores y dentro del plan. Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros planes médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

### Peg está embarazada
(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

| | |
|---|---|
| **El deducible general del plan** | **$0** |
| **Especialista copago** | **$10** |
| **Hospital (instalaciones) copago** | **$250** |
| **Otro copago** | **$0** |

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**
Visitas al especialista *(atención prenatal)*
Servicios de parto profesionales
Servicios de instalaciones de partos profesionales
Pruebas diagnósticas *(sonogramas y análisis de sangre)*
Visita al especialista *(anestesia)*

| | |
|---|---|
| **Costo total hipotético** | **$12,700** |

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

| *Costo compartido* | |
|---|---|
| Deducibles | $0 |
| Copagos | $300 |
| Coseguro | $0 |
| *Qué no está cubierto* | |
| Límites o exclusiones | $50 |
| **El total que Peg pagaría es** | **$350** |

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

| | |
|---|---|
| **El deducible general del plan** | **$0** |
| **Especialista copago** | **$10** |
| **Hospital (instalaciones) copago** | **$250** |
| **Otro copago** | **$0** |

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**
Visitas al consultorio del médico primario *(incluye sesiones informativas sobre la enfermedad)*
Pruebas diagnósticas *(análisis de sangre)*
Medicamentos por recetas
Equipo médico duradero *(medidor de glucosa)*

| | |
|---|---|
| **Costo total hipotético** | **$5,600** |

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

| *Costo compartido* | |
|---|---|
| Deducibles | $0 |
| Copagos | $600 |
| Coseguro | $0 |
| *Qué no está cubierto* | |
| Límites o exclusiones | $0 |
| **El total que Joe pagaría es** | **$600** |

### Fractura simple de Mia
(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

| | |
|---|---|
| **El deducible general del plan** | **$0** |
| **Especialista copago** | **$10** |
| **Hospital (instalaciones) copago** | **$250** |
| **Otro copago** | **$0** |

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**
Sala de emergencias *(incluye materiales médicos)*
Prueba diagnóstica *(radiografía)*
Equipo médico duradero *(muletas)*
Servicios de rehabilitación *(terapia física)*

| | |
|---|---|
| **Costo total hipotético** | **$2,800** |

**En este ejemplo, Mia pagaría:**

| *Costo compartido* | |
|---|---|
| Deducibles | $0 |
| Copagos | $200 |
| Coseguro | $0 |
| *Qué no está cubierto* | |
| Límites o exclusiones | $0 |
| **El total que Mia pagaría es** | **$200** |

Nota: Estos números asumen que se obtuvieron las referencias de un PCP para atención especializada y el paciente no participa en el programa de bienestar Vivir Mejor del plan. Si usted participa en el programa de bienestar Vivir Mejor del plan, es posible que pueda reducir sus costos. Para obtener más información sobre el programa de bienestar Vivir Mejor, comuníquese con: UNITE HERE HEALTH al 1-855-844-5262.
El plan sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.

Kaiser Permanente does not discriminate on the basis of age, race, ethnicity, color, national origin, cultural background, ancestry, religion, sex, gender identity, gender expression, sexual orientation, marital status, physical or mental disability, source of payment, genetic information, citizenship, primary language, or immigration status.

Language assistance services are available from our Member Services Contact Center 24 hours a day, seven days a week (except closed holidays). Interpreter services, including sign language, are available at no cost to you during all hours of operation. We can also provide you, your family, and friends with any special assistance needed to access our facilities and services. In addition, you may request health plan materials translated in your language, and may also request these materials in large text or in other formats to accommodate your needs. For more information, call **1-800-464-4000** (TTY users call **711**).

A grievance is any expression of dissatisfaction expressed by you or your authorized representative through the grievance process. A grievance includes a complaint or an appeal. For example, if you believe that we have discriminated against you, you can file a grievance. Please refer to your *Evidence of Coverage* or *Certificate of Insurance*, or speak with a Member Services representative for the disputeresolution options that apply to you. This is especially important if you are a Medicare, MediCal, MRMIP, MediCal Access, FEHBP, or CalPERS member because you have different disputeresolution options available.

You may submit a grievance in the following ways:

- By completing a Complaint or Benefit Claim/Request form at a Member Services office located at a Plan Facility (please refer to *Your Guidebook* for addresses)
- By mailing your written grievance to a Member Services office at a Plan Facility (please refer to *Your Guidebook* for addresses)
- By calling our Member Service Contact Center toll free at **1-800-464-4000** (TTY users call **711**)
- By completing the grievance form on our website at kp.org

Please call our Member Service Contact Center if you need help submitting a grievance.

The Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator will be notified of all grievances related to discrimination on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability. You may also contact the Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator directly at One Kaiser Plaza, 12th Floor, Suite 1223, Oakland, CA 94612.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at *ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf*, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at ***www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html***.

# Language Assistance Services

**English:** We provide interpreter services at no cost to you, 24 hours a day, 7 days a week, during all hours of operation. You can have an interpreter help answer your questions about our health care coverage. You can also request materials translated in your language at no cost to you. Just call us at **1-800-464-4000**, 24 hours a day, 7 days a week (closed holidays). TTY users call **711**.

**Arabic:** نؤمن خدمات الترجمة الفورية مجانًا لك على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع طوال ساعات العمل. بإمكانك طلب مساعدة المترجم الفوري للإجابة على كافة أسئلتك حول التغطية الصحية التي نقدمها. بالإضافة إلى ذلك، يمكنك طلب ترجمة الوثائق الطبية للغتك مجانًا. ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم **1-800-464-4000** على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع (مغلق أيام العطلات). لمستخدمي خدمة الهاتف النصي يرجي الاتصال على الرقم (**711**).

**Armenian:** Մենք օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր, մեր աշխատանքի բոլոր ժամերին Ձեզ համար անվճար բանավոր թարգմանչի ծառայություններ ենք տրամադրում: Թարգմանչի օգնությամբ Դուք կարող եք պատասխան ստանալ Ձեր հարցերին՝ մեր կողմից տրամադրվող առողջության ապահովագրության վերաբերյալ: Կարող եք նաև Ձեր լեզվով թարգմանված գրավոր նյութեր խնդրել, որոնք Ձեզ համար անվճար են: Պարզապես զանգահարեք մեզ՝ **1-800-464-4000** հեռախոսահամարով՝ օրը 24 ժամ՝ շաբաթը 7 օր (տոն օրերին փակ է): TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն **711** համարով:

**Farsi:** ما خدمات مترجم شفاهی را در 24 ساعت شبانروز و 7 روز هفته در طول همه ساعات کاری بدون اخذ هزینه در اختیار شما قرار می دهیم. شما می توانید برای کمک در پاسخگویی به سؤالات خود در مورد پوشش مراقبت درمانی ما از یک مترجم شفاهی بهره مند شوید. همچنین می توانید درخواست کنید که همه جزوات بدون اخذ هزینه به زبان شما ترجمه شوند. کافیست در 24 ساعت شبانروز و 7 روز هفته (به استثنای روزهای تعطیل) با ما به شماره **1-800-464-4000** تماس بگیرید. کاربران TTY با شماره **711** تماس بگیرند

**Hindi:** हम संचालन के सभी घंटों के दौरान आपको बिना किसी लागत के दुभाषिया सेवाएँ, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन प्रदान करते हैं। आप हमारी स्वास्थ्य देखभाल कवरेज के बारे में आपके प्रश्नों के जवाब के लिए एक दुभाषिये की सहायता ले सकते हैं। आप बिना किसी लागत के सामग्रियों को अपनी भाषा में अनुवाद करवाने के लिए अनुरोध भी कर सकते हैं। बस केवल हमें **1-800-464-4000** पर, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन (छुट्टियों वाले दिन बंद रहता है) कॉल करें। TTY उपयोगकर्ता **711** पर कॉल करें।

**Hmong:** Peb muaj neeg txhais lus pub dawb rau koj, 24 teev ib hnub twg, 7 hnub ib lim tiam twg, thawm cov sij hawm qhib ua lag luam.Koj muaj tau ib tug neeg txhais lus los pab teb koj cov lus nug txog peb cov kev pab them nqi kho mob.Koj thov tau kom muab cov ntaub ntawv txhais uas koj hom lus pub dawb rau koj.Tsuas hu rau **1-800-464-4000**, 24 teev ib hnub twg, 7 hnub ib lim tiam twg (cov hnub caiv kaw). Cov neeg siv TTY hu 711.

**Japanese:** 当院では、全診療時間を通じて、 通訳サービスを無料で、年中無休、終日ご利用いただけます。当院の医療内容についてのご質問および回答には、 通訳がお手伝いいたします。 また、日本語に翻訳された資料を無料で請求できます。お気軽に **1-800-464-4000** までお電話ください (祭日を除き年中無休)。TTY ユーザーは 711 にお電話く ださい。

**Khmer:** យើងផ្តល់សេវានៃអ្នកបកប្រែ ដោយឥតអស់ថ្លៃដល់អ្នកឡើយ 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ ក្នុងអំឡុងម៉ោងធ្វើការទាំងអស។ អ្នកអាចមានអ្នកបកប្រែ ដើម្បីជួយឆ្លើយសំណួររបស់អ្នក អំពីការរ៉ាប់រងថែទាំសុខភាព របស់យើង។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំសំភារៈដែលបានបកប្រែជាភាសាខ្មែរ ដោយឥតអស់ថ្លៃដល់អ្នកដែរ។ គ្រាន់តែទូរស័ព្ទមកយើងតាមលេខ **1-800-464-4000** បាន 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ (បិទថ្ងៃបុណ្យ)។ អ្នកប្រើ TTY ហៅលេខ **711** ។

**Korean:** 업무 시간 동안에는 요일 및 시간에 관계없이 통역 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 통역의도움을받아 건강 보험 혜택에 관하여 질문하고 답변을 들으실 수 있습니다. 또한, 귀하가 사용하는 언어로 번역된 자료를 요청해 무료로 제공받으실 수 있습니다. 요일 및 시간에 관계없이 **1-800-464-4000**번으로 전화해 문의하십시오(공휴일 휴무). TTY 사용자 번호 **711**.

**Navajo:** Nihí ata’ halne’é áká’adoolwołígíí nihei hóló t’áá jíík’é, t’áá naadiin dį́į’ ahéé’iilkeedgo, tsosts’id yiskąąjį’, ndá’anishgo oolkił biyi’ góné. Ata’ halne’é niká’adoolwoł na’ídikid nee hóló́ógo díí ats’íís baa áháyą́ą bik’éstí’ígíí biná’ídiłkidgo. Áádóó ałdó’ naaltsoos lá t’áá ní nizaad k’ehji álnéehgo t’áá jíík’é ádoolnííł. Nihích’i’ hodíílnih kojį’ **1-800-464-4000** jį́įgo dóó tł‘éе’ nidi, tsosts’id yiskąąjį’ dimoo na’adleehjį’ **(**Holidaysgo éí da’deelkaal**)** doo da’diits’a’ígíí chodayooł‘į́nígíí kojį’ hodíílnih **711**

**Punjabi:** ਅਸੀਂ ਕਾਰਵਾਈ ਦੇ ਸਾਰੇ ਘੰਟਿਆਂ ਦੇ ਦੌਰਾਨ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੀ ਲਾਗਤ ਦੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ, ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਵਾਉਂਦੇ ਹਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਬਾਰੇ ਆਪਣੇ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਲਈ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਮਦਦ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੀ ਲਾਗਤ ਦੇ ਸਮੱਗਰੀਆਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਅਨੁਵਾਦ ਕਰਵਾਉਣ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਬਸ ਸਿਰਫ਼ ਸਾਨੂੰ **1-800-464-4000** ਤੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ (ਛੁੱਟੀਆਂ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਬੰਦ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ) ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। TTYਦਾ ਉਪਯੋਗ ਕਰਨ ਵਾਲੇ **711** ‘ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰਨ।

**Russian:** Мы всегда в часы работы обеспечиваем Вас услугами устного переводчика, 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Чтобы получить ответы на свои вопросы о нашем страховом покрытии услуг здравоохранения, Вы можете воспользоваться помощью устного переводчика. Вы также можете запросить бесплатный перевод материалов на Ваш язык. Просто позвоните нам по телефону **1-800-464-4000**, который доступен 24 часа в сутки, 7 дней в неделю (кроме праздничных дней). Пользователи линии TTY могут звонить по номеру **711**.

**Spanish:** Ofrecemos servicios de traducción al español sin costo alguno para usted durante todo el horario de atención, 24 horas al día, siete días a la semana. Puede contar con la ayuda de un intérprete para responder las preguntas que tenga sobre nuestra cobertura de atención médica. Además, puede solicitar que los materiales se traduzcan a su idioma sin costo alguno. Solo llame al **1-800-788-0616**, 24 horas al día, siete días a la semana (cerrado los días festivos). Los usuarios de TTY, deben llamar al **711**.

**Tagalog:** May magagamit na mga serbisyo ng tagasalin ng wika nang wala kang babayaran, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo, sa lahat oras ng trabaho. Makakatulong ang tagasalin ng wika sa pagsagot sa mga tanong mo tungkol sa iyong coverage sa pangangalagang pangkalusugan. Maaari kang humingi ng mga babasahin na isinalin sa iyong wika nang wala kang babayaran. Tawagan lamang kami sa **1-800-464-4000**, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo (sarado sa mga pista opisyal). Ang mga gumagamit ng TTY ay maaaring tumawag sa **711**.

**Thai:** **เรามีบริการล่ามฟรีสำหรับคุณตลอด 24 ชั่วโมง ทุกวันตลอดชั่วโมงทำการ ของเราคุณสามารถขอให้ล่ามช่วยตอบคำถามของคุณที่เกี่ยวกับความคุ้มครองการดูแลสุขภาพของเราและคุณยังสามารถขอให้มีการแปลเอกสารเป็นภาษาที่คุณใช้ได้ โดยไม่มีการคิดค่าบริการเพียงโทรหาเราที่หมายเลข 1-800-464-4000 ตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน (ปิดให้บริการในวันหยุดราชการ) ผู้ใช้ TTY โปรดโทรไปที่ 711**

**Chinese:** 我們每週 7 天，每天 24 小時在所有營業時間內免費爲您提供口譯服務。您可以請口譯員協助回答有關我們健康保險的問題。您也可以免費索取翻譯成您所用語言的資料。我們每週 7 天，每天 24 小時均歡迎您打電話 **1-800-757-7585** 前來聯絡（節假日 休息）。聽障及語障專線 (TTY) 使用者請撥 **711**。

**Vietnamese:** Chúng tôi cung cấp dịch vụ thông dịch miễn phí cho quý vị 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần, trong tất cả các giờ làm việc. Quý vị có thể được thông dịch viên giúp trả lời thắc mắc về quyền lợi bảo hiểm sức khỏe của chúng tôi. Quý vị cũng có thể yêu cầu được cấp miễn phí tài liệu phiên dịch ra ngôn ngữ của quý vị. Chỉ cần gọi cho chúng tôi tại số **1-800-464-4000**, 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần (trừ các ngày lễ). Người dùng TTY xin gọi **711**.