



Here's Your Summary of Benefits and Coverage!

Your Summary of Benefits and Coverage (SBC) summarizes your benefits for common medical care. Federal law requires you get the SBC at certain times so you can 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 requiere que usted obtenga el SBC en determinados momentos para que pueda comparar más fácilmente los 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: 01/01/2025-12/31/2025

 KAISER PERMANENTE® : [Unite Here Health DHMO 0 20%](#)


Coverage for: Individual / Family | 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 see <https://kp.org/plandocuments> or call 1-855-249-5005 (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.healthcare.gov/sbc-glossary/ or call 1-855-249-5005 (TTY:711) to request a copy.

Important Questions	Answers	Why this Matters:
What is the overall deductible ?	\$0 Individual / \$0 Family	Generally, you must pay all of the costs from providers up to the deductible amount before this plan begins to pay. If you have other family members on the plan , each family member must meet their own individual deductible until the total amount of deductible expenses paid by all family members meets the overall family deductible .
Are there services covered before you meet your deductible ?	Yes. Preventive care and services indicated in chart starting on page 2.	This plan covers some items and services even if you haven't yet met the deductible amount. But a copayment or coinsurance may apply. For example, this plan covers certain preventive services without cost sharing and before you meet your deductible . See a list of covered preventive services at https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
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 ?	\$3,500 Individual / \$9,400 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 , health care this plan doesn't cover, and services indicated in chart starting on page 2.	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 1-855-249-5005 (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.

Important Questions	Answers	Why this Matters:
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 .

 All [copayment](#) and [coinsurance](#) costs shown in this chart are after your [deductible](#) has been met, if a [deductible](#) applies.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay Plan Provider (You will pay the least)	What You Will Pay Non-Plan Provider (You will pay the most)	Limitations, Exceptions & Other Important Information
If you visit a health care provider's office or clinic	Primary care visit to treat an injury or illness	\$25 / visit, deductible does not apply. 20% coinsurance for other covered services received during a visit.	Not covered	Virtual Care Services: No charge, deductible does not apply
	Specialist visit	\$35 / visit, deductible does not apply. 20% coinsurance for other covered services received during a visit.	Not covered	Virtual Care Services: No charge, deductible does not apply
	Preventive care/ screening/ immunization	No charge, deductible does not apply	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, deductible does not apply.	Not covered	Diagnostic lab services: 20% coinsurance in the outpatient department of a hospital.
	Imaging (CT/PET scans, MRI's)	20% coinsurance	Not covered	None

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay Plan Provider (You will pay the least)	What You Will Pay Non-Plan Provider (You will pay the most)	Limitations, Exceptions & Other Important Information
If you need drugs to treat your illness or condition More information about prescription drug coverage is available at http://www.kp.org/formulary	Generic drugs	\$10 retail and \$20 mail order / prescription , deductible does not apply.	Not covered	Up to a 30-day supply (retail); up to a 90-day supply (mail order). Prescription refills of ongoing maintenance medications must be filled at a Kaiser Permanente Pharmacy. Subject to formulary guidelines. Formulary preventive and contraceptive drugs in all tiers are no charge, deductible does not apply.
	Preferred brand drugs	\$25 retail and \$50 mail order / prescription , deductible does not apply.	Not covered	Up to a 30-day supply (retail); up to a 90-day supply (mail order). Subject to formulary guidelines.
	Non-preferred drugs	\$40 retail and \$80 mail order / prescription , deductible does not apply.	Not covered	Up to a 30-day supply (retail); up to 90-day supply (mail order). Subject to formulary guidelines, when approved through the exception process.
	Specialty drugs	Cost share for generic, brand or non-preferred drugs may apply	Not covered	Up to a 30-day supply (retail). Subject to formulary guidelines, when approved through the exception process.
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	20% coinsurance	Not covered	None
	Physician/surgeon fees	20% coinsurance	Not covered	None
If you need immediate medical attention	Emergency room care	\$250 / visit, deductible does not apply	\$250 / visit, deductible does not apply	Emergency room copay waived if admitted directly to the hospital as an inpatient.
	Emergency medical transportation	\$150 / trip, deductible does not apply	\$150 / trip, deductible does not apply	None
	Urgent care	\$50 / visit, deductible does not apply	Not covered	Non-Plan Provider : covered when temporarily outside the service area: \$50 / visit, deductible does not apply.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay Plan Provider (You will pay the least)	What You Will Pay Non-Plan Provider (You will pay the most)	Limitations, Exceptions & Other Important Information
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	20% coinsurance	Not covered	None
	Physician/surgeon fee	20% coinsurance	Not covered	None
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	\$25 / individual visit, deductible does not apply	Not covered	\$12 / group visit, deductible does not apply. Annual Wellness Visit and Virtual Care Services: No charge, deductible does not apply.
	Inpatient services	20% coinsurance	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	None
	Childbirth/delivery facility services	No charge	Not covered	None

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay Plan Provider (You will pay the least)	What You Will Pay Non-Plan Provider (You will pay the most)	Limitations, Exceptions & Other Important Information
If you need help recovering or have other special health needs	Home health care	No charge	Not covered	Less than 8 hours / day and 28 hours / week.
	Rehabilitation services	Outpatient services: \$25 / visit, deductible does not apply. Inpatient service: 20% coinsurance .	Not covered	Outpatient: 20 visit limit / therapy / year (autism spectrum disorders are not subject to visit limit). Virtual Care Services: No charge, deductible does not apply. Inpatient: Limited to 60 days / condition / year.
	Habilitation services	Outpatient services: \$25 / visit, deductible does not apply	Not covered	20 visit limit / therapy / year (autism spectrum disorders are not subject to visit limit). Virtual Care Services: No charge, deductible does not apply.
	Skilled nursing care	20% coinsurance	Not covered	100-day limit / year.
	Durable medical equipment	20% coinsurance	Not covered	Subject to formulary guidelines.
	Hospice service	No charge, deductible does not apply	Not covered	None
If your child needs dental or eye care	Children's eye exam	\$25 / visit, deductible does not apply. 20% coinsurance for other covered services received during a visit.	Not covered	Limited to members up to the end of the year in which the member turns 19.
	Children's glasses	Not covered	Not covered	None
	Children's dental check-up	Not covered	Not covered	None

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 .)		
<ul style="list-style-type: none"> ● Acupuncture ● Bariatric surgery ● Children's dental check-up ● Children's glasses 	<ul style="list-style-type: none"> ● Chiropractic care ● Cosmetic surgery ● Dental care (Adult) ● Long-term care 	<ul style="list-style-type: none"> ● Non-emergency care when traveling outside the U.S. ● 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.)

- Hearing aids (Adults:\$3,000 limit/ear, every 36 months; up to age 18:1 aid / ear / 60 months)
- Private-duty nursing (Inpatient)
- Routine eye care (Adult)
- Infertility treatment

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 shown in the chart below. 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 on how 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 the agencies in the chart below.

Contact Information for Your Rights to Continue Coverage & Your Grievance and Appeals Rights:

Kaiser Permanente Member Services	1-855-249-5005 (TTY: 711) or www.kp.org/memberservices
Department of Labor's Employee Benefits Security Administration	1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform
Department of Health & Human Services, Center for Consumer Information & Insurance Oversight	1-877-267-2323 x61565 or www.cciio.cms.gov
Colorado Division of Insurance	303-894-7490 (instate, toll-free: 800-930-3745) or insurance@dora.state.co.us

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 1-855-249-5005 (TTY: 711)

TAGALOG (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-855-249-5005 (TTY: 711)

TRADITIONAL CHINESE (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-855-249-5005 (TTY: 711)

PENNSYLVANIA DUTCH (Deutsch): Fer Hilf griege in Deitsch, ruf 1-855-249-5005 (TTY: 711) uff

NAVAJO (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-855-249-5005 (TTY: 711)

SAMOAN (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-855-249-5005 (TTY: 711)

CAROLINIAN (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-855-249-5005 (TTY: 711)

CHAMORRO (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, à'gang 1-855-249-5005 (TTY: 711)

To see examples of how this [plan](#) might cover costs for a sample medical situation, see the next section.

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](#) \$35
- Hospital (facility) [coinsurance](#) 20%
- 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:	
<i>Cost Sharing</i>	
Deductibles	\$0
Copayments	\$10
Coinsurance	\$0
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$60
The total Peg would pay is	\$70

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](#) \$35
- Hospital (facility) [coinsurance](#) 20%
- 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:	
<i>Cost Sharing</i>	
Deductibles	\$0
Copayments	\$700
Coinsurance	\$200
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$0
The total Joe would pay is	\$900

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

- The [plan's](#) overall [deductible](#) \$0
- [Specialist copayment](#) \$35
- Hospital (facility) [coinsurance](#) 20%
- 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:	
<i>Cost Sharing</i>	
Deductibles	\$0
Copayments	\$600
Coinsurance	\$80
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$0
The total Mia would pay is	\$680

The [plan](#) would be responsible for the other costs of these EXAMPLE covered services.

Colorado Supplement to the Summary of Benefits and Coverage Form

INSURANCE COMPANY NAME	Kaiser Foundation Health Plan of Colorado
NAME OF PLAN	Unite Here Health DHMO 0 20%
1. Type of Policy	Large Employer Group Policy
2. Type of plan	Health maintenance organization (HMO)
3. Areas of Colorado where plan is available.	Plan is available only in the following counties: Adams, Arapahoe, Boulder, Broomfield, Clear Creek, Denver, El Paso, Elbert, Fremont, Gilpin, Jefferson, Larimer, Park, Pueblo, Teller, and Weld. <i>KP Select Plan: El Paso and Teller.</i>

SUPPLEMENTAL INFORMATION REGARDING BENEFITS

Important Note: The contents of this form are subject to the provisions of the policy, which contains all terms, covenants and conditions of coverage. It provides additional information meant to supplement the Summary of Benefits of Coverage you have received for this plan. This plan may exclude coverage for certain treatments, diagnoses, or services not specifically noted. Consult the actual policy to determine the exact terms and conditions of coverage.

	Description
4. Annual Deductible Type	EMBEDDED DEDUCTIBLE INDIVIDUAL – The amount that each member of the family must meet prior to claims being paid. Claims will not be paid for any other individual until their individual deductible or the family deductible has been met. FAMILY – The maximum amount that the family will pay for the year. The family deductible can be met by [2] or more individuals.
5. Out-of-Pocket Maximum	EMBEDDED OUT-OF-POCKET INDIVIDUAL – The amount that each member of the family must meet prior to claims being paid at 100%. Claims will not be paid at 100% for any other individual until their individual out-of-pocket or the family out-of-pocket has been met. FAMILY – The maximum amount that the family will pay for the year. The family out-of-pocket can be met by 2 or more individuals.
6. What is included in the In-Network Out-of-Pocket Maximum?	Deductibles, coinsurance and copayments.

7. Is pediatric dental covered by this plan?	No, the plan does not include pediatric dental.
8. What cancer screenings are covered?	Breast Cancer (clinical breast exam, screening and/or imaging, genetic testing for inherited susceptibility for breast cancer); Colon and Rectal Cancer (fecal occult blood test (FIT), flexible sigmoidoscopy, barium enema, colonoscopy); Cervical Cancer (Pap test); Prostate Cancer (digital rectal exam, serum prostatic specific antigen (PSA))

USING THE PLAN

	IN-NETWORK	OUT-OF-NETWORK
9. If the provider charges more for a covered service than the plan normally pays, does the enrollee have to pay the difference?	No	Yes, members may be responsible for any amounts over eligible Charges, except when Emergency Services are received in an Out-of-Plan Facility or from an Out-of-Plan Provider in a Plan Facility.
10. Does the plan have a binding arbitration clause?	No	

Questions: Call **1-855-249-5005** (TTY 711) or visit us at www.kp.org.

SPANISH (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al **1-855-249-5005** (TTY 711).

This document is available for free in Spanish. Please contact our Member Services number at **303-338-3800** or toll free **1-800-632-9700** (TTY 711).

Este documento está disponible de forma gratuita en español. Si desea información adicional, por favor llame al número de nuestro Servicio a los Miembros al **303-338-3800** or toll free **1-800-632-9700**. (Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **711**).

If you are not satisfied with the resolution of your complaint or grievance, contact:

Colorado Division of Insurance
 Consumer Services, Life and Health Section
 1560 Broadway, Suite 850, Denver, CO 80202
 Call: 303-894-7490 (in-state, toll-free: 800-930-3745)
 Email: dora_insurance@state.co.us

NONDISCRIMINATION NOTICE

Kaiser Foundation Health Plan of Colorado (Kaiser Health Plan) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Kaiser Health Plan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex. We also:

- Provide no-cost aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats, such as large print, audio, and accessible electronic formats
- Provide no-cost language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, call **1-800-632-9700** (TTY 711).

If you believe that Kaiser Health Plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance by mail at: Customer Experience Department, Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator, 10350 E. Dakota Ave, Denver, CO 80247, or by phone at Member Services **1-800-632-9700** (TTY 711).

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 <https://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, DC 20201, **1-800-368-1019**, (TTY **1-800-537-7697**). Complaint forms are available at hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

HELP IN YOUR LANGUAGE

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-632-9700** (TTY 711).

አማርኛ (Amharic) ማሳሰቢያ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዙዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ **1-800-632-9700** (TTY 711)።

العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-632-9700** (TTY :711).

Bàsòò Wùdù (Bassa) Dè dɛ nià kɛ dyédé gbo: ɔ jũ ké m̀ Bàsòò-wùdù-po-nyò jũ ní, níí, à wuɖu kà kò dò po-poò béin m̀ gbo kpáa. Dá **1-800-632-9700** (TTY 711)

中文 (Chinese) 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-800-632-9700** (TTY 711)。

فارسی (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با **1-800-632-9700** (TTY 711) تماس بگیرید.

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-632-9700** (TTY 711).

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-800-632-9700 (TTY 711).**

Igbo (Igbo) NRUBAMA: Ọ bụrụ na ị na asụ Igbo, ọrụ enyemaka asụsụ, n'efu, dijirị gị. Kpọọ **1-800-632-9700 (TTY 711).**

日本語 (Japanese) 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。 **1-800-632-9700 (TTY 711)** まで、お電話にてご連絡ください。

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-632-9700 (TTY 711)**번으로 전화해 주십시오.

Naabeehó (Navajo) Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áa jiił'eh, éí ná hóló, kooł' hódíłnih **1-800-632-9700 (TTY 711).**

नेपाली (Nepali) ध्यान दिनुहोस्: तपाइंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाइंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । **1-800-632-9700 (TTY: 711)** फोन गर्नुहोस् ।

Afaan Oromoo (Oromo) XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa **1-800-632-9700 (TTY 711).**

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-632-9700 (TTY 711).**

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-632-9700 (TTY 711).**

Tagalog (Tagalog) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-632-9700 (TTY 711).**

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-800-632-9700 (TTY 711).**


Yorùbá (Yoruba) AKIYESI: Ti o ba nso ede Yoruba ofe ni iranlowo lori ede wa fun yin o. E pe ero ibanisoro yi **1-800-632-9700 (TTY 711).**



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado.

Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, consulte <https://kp.org/plandocuments> o llame al 1-855-249-5005 (TTY: 711). Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/Spanish-Uniform-Glossary-05-2020-508.pdf> o llamar al 1-855-249-5005 (TTY: 711) para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deducible</u> total?	\$0 por individuo/\$0 por familia	En general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta la cantidad del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si usted tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada uno debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos del <u>deducible</u> que pagaron todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> general de la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí. La <u>atención preventiva</u> y los servicios que se indican en la tabla que comienza en la página 2.	Este <u>plan</u> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <u>deducible</u> . Sin embargo, se podría aplicar un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No debe pagar <u>deducibles</u> por servicios específicos.
¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	\$3,500 por individuo/\$9,400 por familia	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada uno debe alcanzar su propio <u>límite de gastos de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> general de la familia.
¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	Las <u>primas</u> , la atención médica que no cubre este <u>plan</u> y los servicios que se indican en la tabla que comienza en la página 2.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u> , visite www.kp.org o llame al 1-855-249-5005 (TTY: 711).	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> que esté incluido en la <u>red</u> del plan. Pagará más si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su <u>plan</u> paga (<u>facturación de saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <u>derivación</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ?	Sí, pero puede autoderivarse a ciertos <u>especialistas</u> .	Este <u>plan</u> pagará algunos o todos los costos para ver a un <u>especialista</u> por servicios cubiertos, pero solo si tiene una <u>derivación</u> antes de ver al <u>especialista</u> .

 Todos los copagos y el coseguro que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su deducible, si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor del plan (Usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará Proveedor fuera del plan (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$25 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica. 20% de <u>coseguro</u> para otros servicios cubiertos recibidos durante la consulta.	No está cubierto	Servicios de atención virtual: sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$35 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica. 20% de <u>coseguro</u> para otros servicios cubiertos recibidos durante la consulta.	No está cubierto	Servicios de atención virtual: sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica
	<u>Atención preventiva/ evaluación/vacunas</u>	Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica	No está cubierto	Usted tendrá que pagar por los servicios que no son <u>preventivos</u> . Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son <u>preventivos</u> . Luego, consulte lo que su <u>plan</u> pagará.
Si se realiza un examen	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica.	No está cubierto	Servicios de diagnóstico de laboratorio: 20% de <u>coseguro</u> en el departamento para pacientes ambulatorios del hospital.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la <u>cobertura de medicamentos con receta médica</u> en http://www.kp.org/formulary	Medicamentos genéricos	Al por menor: \$10 por <u>receta médica</u> ; orden por correo: \$20 por <u>receta médica</u> , el <u>deducible</u> no se aplica.	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días al por menor o hasta un suministro de 90 días en orden por correo. Las <u>recetas médicas</u> para el reabastecimiento de medicamentos de mantenimiento permanentes deben abastecerse en una farmacia de Kaiser Permanente. Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> . Los medicamentos <u>preventivos</u> de la <u>lista de medicamentos</u> y los anticonceptivos de todos los niveles no tienen costo, el <u>deducible</u> no se aplica.
	Medicamentos de marca preferidos	Al por menor: \$25 por <u>receta médica</u> ; orden por correo: \$50 por <u>receta médica</u> , el <u>deducible</u> no se aplica.	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días al por menor o hasta un suministro de 90 días en orden por correo. Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> .

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor del plan (Usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará Proveedor fuera del plan (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
	Medicamentos no preferidos	Al por menor: \$40 por <u>receta médica</u> ; orden por correo: \$80 por <u>receta médica</u> , el <u>deducible</u> no se aplica.	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días al por menor o hasta un suministro de 90 días en orden por correo. Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> cuando estén aprobados mediante el proceso de excepciones.
	<u>Medicamentos especializados</u>	Se pueden aplicar costos compartidos a los medicamentos genéricos, de marca o no preferidos.	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días al por menor. Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> cuando estén aprobados mediante el proceso de excepciones.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la Sala de Emergencias</u>	\$250 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica	\$250 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica	No se aplica el copago por atención en Sala de Emergencias si ingresó al hospital directamente como paciente hospitalizado.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	\$150 por viaje, el <u>deducible</u> no se aplica	\$150 por viaje, el <u>deducible</u> no se aplica	Ninguna
	<u>Atención de urgencia</u>	\$50 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica	No está cubierto	Los <u>proveedores fuera del plan</u> están cubiertos cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio: \$50 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$25 por visita individual, el <u>deducible</u> no se aplica	No está cubierto	\$12 por visita grupal, el <u>deducible</u> no se aplica. Visita anual de bienestar y servicios de atención virtual: sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica.
	Servicios para pacientes hospitalizados	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
Si está embarazada	Visitas al consultorio	<u>Sin costo</u>	No está cubierto	Se pueden aplicar <u>copagos</u> , <u>coseguros</u> o <u>deducibles</u> según el tipo de servicio. Los cuidados de maternidad podrían incluir los exámenes y servicios que se describen en otras partes del SBC (por ejemplo, ecografía).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	<u>Sin costo</u>	No está cubierto	Ninguna
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	<u>Sin costo</u>	No está cubierto	Ninguna

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor del plan (Usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará Proveedor fuera del plan (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Atención médica en el hogar</u>	Sin costo	No está cubierto	Límite de 8 horas por día y de 28 horas por semana.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Servicios para pacientes ambulatorios: \$25 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica. Servicios para pacientes hospitalizados: 20% de <u>coseguro</u> .	No está cubierto	Paciente ambulatorio: Límite de 20 visitas por terapia por año (los servicios para trastornos del espectro autista no están sujetos al límite de visitas). Servicios de atención virtual: sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica. Paciente hospitalizado: Límite de 60 días por condición por año.
	<u>Servicios de habilitación</u>	Servicios para pacientes ambulatorios: \$25 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica	No está cubierto	Límite de 20 visitas por terapia por año (los servicios para trastornos del espectro autista no están sujetos al límite de visitas). Servicios de atención virtual: sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Límite de 100 días por año.
	<u>Equipo médico duradero</u>	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> .
	<u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u>	Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica	No está cubierto	Ninguna
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	\$25 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica. 20% de <u>coseguro</u> para otros servicios cubiertos recibidos durante la consulta.	No está cubierto	Se limita a los niños hasta que finaliza el año en que cumplen 19 años.
	Anteojos para niños	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna
	Control dental para niños	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su Plan, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).		
<ul style="list-style-type: none"> ● Acupuntura ● Cirugía bariátrica ● Control dental para niños ● Anteojos para niños 	<ul style="list-style-type: none"> ● Atención quiropráctica ● Cirugía estética ● Atención dental (adultos) ● Cuidados a largo plazo 	<ul style="list-style-type: none"> ● Atención que no sea de emergencia cuando viaje fuera de los EE. UU. ● Cuidado de los pies de rutina ● Programas para perder peso
Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).		
<ul style="list-style-type: none"> ● Audífonos (adultos: límite de \$3,000 por oído cada 36 meses; hasta los 18 años: 1 audífono por oído cada 60 meses) ● Tratamiento para la infertilidad 	<ul style="list-style-type: none"> ● Enfermería privada (para pacientes hospitalizados) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Cuidado de los ojos de rutina (adultos)

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos se muestra en la siguiente tabla. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.CuidadoDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por la denegación de una reclamación. Esta queja se denomina queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha reclamación médica. Los documentos de su plan también dan toda la información para presentar una reclamación, una apelación o una queja formal por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con los organismos que aparecen en la siguiente tabla.

Información de contacto para obtener información sobre sus derechos a continuar con su cobertura y sus derechos a presentar quejas o apelaciones:

Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente	1-855-249-5005 (TTY: 711) o www.kp.org/memberservices
Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos	1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa/healthreform
Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros	1-877-267-2323 extensión 61565 o www.cciio.cms.gov
División de Seguros de Colorado	303-894-7490 (sin costo dentro del estado: 800-930-3745) o insurance@dora.state.co.us

¿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.

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí.

Si su plan no cumple con el valor mínimo estándar, es posible que cumpla con los requisitos para recibir un crédito fiscal para primas del plan que lo ayudará a pagar un plan en el Mercado.

Servicio de acceso a idiomas:

SPANISH (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-855-249-5005 (TTY: 711)

TAGALOG (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-855-249-5005 (TTY: 711)

TRADITIONAL CHINESE (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-855-249-5005 (TTY: 711)

PENNSYLVANIA DUTCH (Deutsch): Fer Hilf griege in Deitsch, ruf 1-855-249-5005 (TTY: 711) uff

NAVAJO (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-855-249-5005 (TTY: 711)

SAMOAN (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-855-249-5005 (TTY: 711)

CAROLINIAN (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-855-249-5005 (TTY: 711)

CHAMORRO (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, à'gang 1-855-249-5005 (TTY: 711)

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este plan cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus proveedores cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos por el plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos planes médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$0
■ <u>Copago</u> para el <u>especialista</u>	\$35
■ <u>Coseguro</u> del hospital (establecimiento)	20%
■ Otro <u>copago</u>	\$0

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
 Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto
Exámenes de diagnóstico (*ecografías y análisis de sangre*)
 Consulta con un especialista (*anestesia*)

Costo total del ejemplo	\$12,700
En este ejemplo, Peg pagaría:	
<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$10
<u>Coseguro</u>	\$2,200
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$2,270

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$0
■ <u>Copago</u> para el <u>especialista</u>	\$35
■ <u>Coseguro</u> del hospital (establecimiento)	20%
■ Otro <u>copago</u>	\$0

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del médico de atención primaria (*incluye la educación sobre enfermedades*)
Exámenes de diagnóstico (*análisis de sangre*)
Medicamentos con receta médica
Equipo médico duradero (*glucómetro*)

Costo total del ejemplo	\$5,600
En este ejemplo, Joe pagaría:	
<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$700
<u>Coseguro</u>	\$200
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$900

Fractura simple de Mia

(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$0
■ <u>Copago</u> para el <u>especialista</u>	\$35
■ <u>Coseguro</u> del hospital (establecimiento)	20%
■ Otro <u>copago</u>	\$0

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Atención en la Sala de Emergencias (*incluye suministros médicos*)
Exámenes de diagnóstico (*radiografías*)
Equipo médico duradero (*muletas*)
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo	\$2,800
En este ejemplo, Mia pagaría:	
<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$600
<u>Coseguro</u>	\$80
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$680

El plan sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

Suplemento para Colorado del formulario del Resumen de beneficios y cobertura

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	Kaiser Foundation Health Plan of Colorado
NOMBRE DEL PLAN	Unite Here Health DHMO 0 20%
1. Tipo de póliza	Póliza de grupo para grandes empleadores
2. Tipo de plan	Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO)
3. Áreas de Colorado en las que el plan está disponible.	<p>El plan solo se encuentra disponible en los siguientes condados: Adams, Arapahoe, Boulder, Broomfield, Clear Creek, Denver, El Paso, Elbert, Fremont, Gilpin, Jefferson, Larimer, Park, Pueblo, Teller y Weld</p> <p>Plan KP Select: El Paso y Teller</p>

INFORMACIÓN SUPLEMENTARIA SOBRE LOS BENEFICIOS

Importante: El contenido de este formulario está sujeto a las disposiciones de la póliza, la cual contiene todos los términos, convenios y condiciones de cobertura. Proporciona información adicional con el propósito de complementar el Resumen de beneficios y cobertura que recibió para este plan. El plan podría excluir la cobertura de ciertos tratamientos, diagnósticos o servicios que no se mencionan específicamente. Consulte la póliza para determinar los términos y las condiciones exactos de la cobertura.

	Descripción
4. Tipo de deducible anual	<p>DEDUCIBLE INTEGRADO</p> <p>INDIVIDUAL: Es el monto que cada miembro de la familia debe alcanzar antes de que se paguen las reclamaciones. Las reclamaciones de cualquier individuo no se pagarán hasta que se alcance su deducible individual o el deducible familiar.</p> <p>FAMILIAR: Es el monto máximo que la familia pagará durante el año. Dos (2) o más individuos pueden alcanzar el deducible familiar.</p>
5. Gastos máximos de bolsillo	<p>GASTOS DE BOLSILLO INTEGRADOS</p> <p>INDIVIDUAL: Es el monto que cada miembro de la familia debe alcanzar antes de que se paguen las reclamaciones al 100%. Las reclamaciones de cualquier individuo no se pagarán al 100% hasta que se alcancen sus gastos de bolsillo individuales o los gastos de bolsillo familiares.</p> <p>FAMILIAR: Es el monto máximo que la familia pagará durante el año. Dos o más individuos pueden alcanzar los gastos de bolsillo familiares.</p>
6. ¿Qué es lo que está incluido en los gastos máximos de bolsillo de la red?	Deducibles, coseguro y copagos.

7. ¿Los servicios dentales para niños están cubiertos por el plan?	No, el plan no incluye servicios dentales para niños.
8. ¿Qué exámenes de detección de cáncer están cubiertos?	Cáncer de seno (examen clínico de los senos, mamografía o diagnóstico por imágenes, prueba genética de susceptibilidad de desarrollar cáncer de seno); cáncer colorrectal (prueba de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible, enema de bario, colonoscopia); cáncer cervicouterino (Papanicolaou); cáncer de próstata (examen digital del recto, antígeno prostático específico sérico).

USO DEL PLAN

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
9. Si el proveedor cobra más por un servicio cubierto de lo que el plan paga normalmente, ¿el miembro debe pagar la diferencia?	No.	Sí, es posible que los miembros deban pagar montos que excedan los cargos elegibles, excepto cuando se reciban servicios de emergencia en un centro fuera del plan o por parte de un proveedor que no pertenece al plan en un centro del plan.
10. ¿El plan tiene una cláusula de arbitraje vinculante?	No.	

Preguntas: Llame al **1-855-249-5005** (TTY: **711**) o visite www.kp.org.

SPANISH (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al **1-855-249-5005** (TTY **711**).

This document is available for free in Spanish. Please contact our Member Services number at **303-338-3800** or toll free **1-800-632-9700** (TTY **711**).

Este documento está disponible de forma gratuita en español. Si desea información adicional, por favor llame al número de nuestro Servicio a los Miembros al **303-338-3800** o sin costo al **1-800-632-9700**. (Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **711**).

Si no está satisfecho con la resolución de su reclamación o queja, comuníquese con nosotros:

Colorado Division of Insurance
 Consumer Services, Life and Health Section
 1560 Broadway, Suite 850, Denver, CO 80202
 Teléfono: 303-894-7490 (sin costo dentro del estado: 800-930-3745)
 Correo electrónico: dora_insurance@state.co.us

NONDISCRIMINATION NOTICE

Kaiser Foundation Health Plan of Colorado (Kaiser Health Plan) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Kaiser Health Plan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex. We also:

- Provide no-cost aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats, such as large print, audio, and accessible electronic formats
- Provide no-cost language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, call **1-800-632-9700** (TTY 711).

If you believe that Kaiser Health Plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance by mail at: Customer Experience Department, Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator, 10350 E. Dakota Ave, Denver, CO 80247, or by phone at Member Services **1-800-632-9700** (TTY 711).

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 <https://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, DC 20201, **1-800-368-1019**, (TTY **1-800-537-7697**). Complaint forms are available at hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

HELP IN YOUR LANGUAGE

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-632-9700** (TTY 711).

አማርኛ (Amharic) ማሰታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ **1-800-632-9700** (TTY 711)።

العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-632-9700** (TTY :711).

Bàsòò Wùdù (Bassa) Dè dɛ nià kɛ dyédé gbo: ɔ jũ ké m̀ Bàsòò-wùdù-po-nyò jũ ní, níí, à wuɖu kà kò d̀ò po-poò béin m̀ gbo kpáa. Dá **1-800-632-9700** (TTY 711)

中文 (Chinese) 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-800-632-9700** (TTY 711)。

فارسی (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با **1-800-632-9700** (TTY 711) تماس بگیرید.

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-632-9700** (TTY 711).

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-800-632-9700 (TTY 711).**

Igbo (Igbo) NRUBAMA: Ọ bụrụ na ị na asụ Igbo, ọrụ enyemaka asụsụ, n'efu, dijirị gị. Kpọọ **1-800-632-9700 (TTY 711).**

日本語 (Japanese) 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。 **1-800-632-9700 (TTY 711)** まで、お電話にてご連絡ください。

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-632-9700 (TTY 711)**번으로 전화해 주십시오.

Naabeehó (Navajo) Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áa jiił'eh, éí ná hóló, koojį' hódíłnih **1-800-632-9700 (TTY 711).**

नेपाली (Nepali) ध्यान दिनुहोस्: तपाइंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाइंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । **1-800-632-9700 (TTY: 711)** फोन गर्नुहोस् ।

Afaan Oromoo (Oromo) XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa **1-800-632-9700 (TTY 711).**

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-632-9700 (TTY 711).**

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-632-9700 (TTY 711).**

Tagalog (Tagalog) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-632-9700 (TTY 711).**

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-800-632-9700 (TTY 711).**

Yorùbá (Yoruba) AKIYESI: Ti o ba nso ede Yoruba ofe ni iranlowo lori ede wa fun yin o. E pe ero ibanisoro yi **1-800-632-9700 (TTY 711).**