



## 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 &amp; What You Pay for Covered Services

Coverage Period: 01/01/2026-12/31/2026




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 1-888-865-5813 (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/](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary/) or call 1-888-865-5813 (TTY: 711) to request a copy.

Important Questions	Answers	Why this Matters:
What is the overall <a href="#">deductible</a> ?	\$0	See the Common Medical Events chart below for your costs for services this <a href="#">plan</a> covers.
Are there services covered before you meet your <a href="#">deductible</a> ?	Not Applicable.	This <a href="#">plan</a> covers some items and services even if you haven't yet met the <a href="#">deductible</a> amount. But a <a href="#">copayment</a> or <a href="#">coinsurance</a> may apply. For example, this <a href="#">plan</a> covers certain <a href="#">preventive services</a> without <a href="#">cost sharing</a> and before you meet your <a href="#">deductible</a> . See a list of covered <a href="#">preventive services</a> at <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
Are there other <a href="#">deductibles</a> for specific services?	No.	You don't have to meet <a href="#">deductibles</a> for specific services.
What is the <a href="#">out-of-pocket limit</a> for this <a href="#">plan</a> ?	\$3,500 Individual / \$9,400 Family	The <a href="#">out-of-pocket limit</a> is the most you could pay in a year for covered services. If you have other family members in this <a href="#">plan</a> , they have to meet their own <a href="#">out-of-pocket limits</a> until the overall family <a href="#">out-of-pocket limit</a> has been met.
What is not included in the <a href="#">out-of-pocket limit</a> ?	<a href="#">Premiums</a> , health care this <a href="#">plan</a> doesn't cover, and services indicated in chart starting on page 2.	Even though you pay these expenses, they don't count toward the <a href="#">out-of-pocket limit</a> .
Will you pay less if you use a <a href="#">network provider</a> ?	Yes. See <a href="http://www.kp.org">www.kp.org</a> or call 1-888-865-5813 (TTY: 711) for a list of <a href="#">network providers</a> .	This <a href="#">plan</a> uses a <a href="#">provider network</a> . You will pay less if you use a <a href="#">provider</a> in the plan's <a href="#">network</a> . You will pay the most if you use an <a href="#">out-of-network provider</a> , and you might receive a bill from a <a href="#">provider</a> for the difference between the provider's charge and what your <a href="#">plan</a> pays ( <a href="#">balance billing</a> ). Be aware, your <a href="#">network provider</a> might use an <a href="#">out-of-network provider</a> for some services (such as lab work). Check with your <a href="#">provider</a> before you get services.
Do you need a <a href="#">referral</a> to see a <a href="#">specialist</a> ?	Yes, but you may self-refer to certain <a href="#">specialists</a> .	This <a href="#">plan</a> will pay some or all of the costs to see a <a href="#">specialist</a> for covered services but only if you have a <a href="#">referral</a> before you see the <a href="#">specialist</a> .

 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
<b>If you visit a health care provider's office or clinic</b>	Primary care visit to treat an injury or illness	\$15 / visit	Not covered	None
	<a href="#">Specialist</a> visit	\$20 / visit	Not covered	None
	<a href="#">Preventive care/screening/immunization</a>	No charge	Not covered	You may have to pay for services that aren't <a href="#">preventive</a> . Ask your <a href="#">provider</a> if the services needed are <a href="#">preventive</a> . Then check what your <a href="#">plan</a> will pay for.
<b>If you have a test</b>	<a href="#">Diagnostic test</a> (x-ray, blood work)	No charge	Not covered	None
	Imaging (CT/PET scans, MRI's)	No charge	Not covered	None
<b>If you need drugs to treat your illness or condition</b> More information about <a href="#">prescription drug coverage</a> is available at <a href="http://www.kp.org/formulary">www.kp.org/formulary</a>	Generic drugs	\$10 / <a href="#">prescription</a> (retail). \$20 / <a href="#">prescription</a> (mail order). \$20 / <a href="#">prescription</a> ( <a href="#">network</a> pharmacies).	Not covered	Up to a 30-day supply (retail); Up to 90-day supply (mail order). <a href="#">Network</a> Pharmacies limited to one time fill. No charge for contraceptives (subject to <a href="#">formulary</a> guidelines).
	Preferred brand drugs	\$25 / <a href="#">prescription</a> (retail). \$50 / <a href="#">prescription</a> (mail order). \$35 / <a href="#">prescription</a> ( <a href="#">network</a> pharmacies).	Not covered	Up to a 30-day supply (retail); Up to 90-day supply (mail order). <a href="#">Network</a> Pharmacies limited to one time fill.
	Non-preferred brand drugs	\$40 / <a href="#">prescription</a> (retail). \$80 / <a href="#">prescription</a> (mail order). \$50 / <a href="#">prescription</a> ( <a href="#">network</a> pharmacies).	Not covered	Up to a 30-day supply (retail); Up to 90-day supply (mail order). <a href="#">Network</a> Pharmacies limited to one time fill.
	<a href="#">Specialty drugs</a>	Subject to applicable copay	Not covered	Up to a 30-day supply (retail & <a href="#">network</a> pharmacies). <a href="#">Network</a> Pharmacies limited to one-time fill. Subject to <a href="#">formulary</a> guidelines, when approved through the exception process.

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 outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	\$20 / visit	Not covered	None
	Physician/surgeon fees	No charge	Not covered	Physician / surgeon fee is included in the facility services.
If you need immediate medical attention	<a href="#">Emergency room care</a>	\$100 / visit	\$100 / visit	<a href="#">Copayment</a> waived if admitted.
	<a href="#">Emergency medical transportation</a>	No charge	No charge	None
	<a href="#">Urgent care</a>	\$20 / visit	Not covered	<a href="#">Non-Plan providers</a> covered when temporarily outside of the service area: \$20 / visit.
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	\$250 / admission	Not covered	None
	Physician/surgeon fee	No charge	Not covered	Physician / surgeon fee is included in the facility services.
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	\$15 / individual visit. \$7 / group visit.	Not covered	None
	Inpatient services	\$250 / admission	Not covered	None
If you are pregnant	Office visits	No charge	Not covered	Depending on the type of services, a <a href="#">copayment</a> , <a href="#">coinsurance</a> , or <a href="#">deductible</a> 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 / admission	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
<b>If you need help recovering or have other special health needs</b>	<a href="#">Home health care</a>	No charge	Not covered	Coverage is limited to 120 visits / year.
	<a href="#">Rehabilitation services</a>	\$20 / visit (outpatient). \$250 / admission (inpatient).	Not covered	Coverage is limited to 40 outpatient visits/ therapy/ year combined for Occupational and Physical therapy. Speech therapy is limited to 40 outpatient visits/ therapy/ year.
	<a href="#">Habilitation services</a>	\$20 / visit (outpatient). \$250 / admission (inpatient).	Not covered	See <a href="#">Rehabilitation Services</a> for limitation details
	<a href="#">Skilled nursing care</a>	\$250 / admission	Not covered	Coverage is limited to 60 days / year
	<a href="#">Durable medical equipment</a>	20% <a href="#">coinsurance</a>	Not covered	Prior authorization required.
	<a href="#">Hospice service</a>	No charge	Not covered	None
<b>If your child needs dental or eye care</b>	Children's eye exam	\$20 / visit for refractive exam	Not covered	Coverage is limited to one exam / year
	Children's glasses	Not covered	Not covered	None
	Children's dental check-up	Not covered	Not covered	None

**Excluded Services & Other Covered Services:**

<b>Services Your Plan Generally Does NOT Cover (Check your policy or plan document for more information and a list of any other excluded services.)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acupuncture</li> <li>• Bariatric surgery</li> <li>• Cosmetic surgery</li> <li>• Dental care (Adult)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infertility treatment</li> <li>• Long-term care</li> <li>• Non-emergency care when traveling outside the U.S.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Private-duty nursing</li> <li>• Routine foot care</li> <li>• Weight loss programs</li> </ul>

<b>Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list. Please see your plan document.)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chiropractic care (20 visit limit / year; Spinal Manipulation only)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hearing aids (Adults: \$3,000 limit / ear, every 36 months; Under age 19: \$3,000 limit / ear every, 48 months)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Routine eye care (Adult)</li> </ul>

**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](http://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	1-888-865-5813 (TTY: 711) or <a href="http://www.kp.org/memberservices">www.kp.org/memberservices</a>
Department of Labor’s Employee Benefits Security Administration	1-866-444-EBSA (3272) or <a href="http://www.dol.gov/ebsa/healthreform">www.dol.gov/ebsa/healthreform</a>
Department of Health & Human Services, Center for Consumer Information & Insurance Oversight	1-877-267-2323 x61565 or <a href="http://www.cciio.cms.gov">www.cciio.cms.gov</a>
Georgia Department of Insurance	1-800-656-2298 or <a href="http://www.oci.ga.gov/">www.oci.ga.gov/</a>

**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 1-888-865-5813 (TTY: 711)

TAGALOG (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-865-5813 (TTY: 711)

TRADITIONAL CHINESE (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-888-865-5813 (TTY: 711)

PENNSYLVANIA DUTCH (Deutsch): Fer Hilf griege in Deutsch, ruf 1-888-865-5813 (TTY: 711) uff

NAVAJO (Dine): Dinek’ehgo shika at’ohwol ninisingo, kwijigo holne’ 1-888-865-5813 (TTY: 711)

SAMOAN (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala’au mai i le numera telefoni 1-888-865-5813 (TTY: 711)

CAROLINIAN (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-888-865-5813 (TTY: 711)

CHAMORRO (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, à'gang 1-888-865-5813 (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](#) \$20
- Hospital (facility) [copayment](#) \$250
- Other (blood work) [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*)

<b>Total Example Cost</b>	<b>\$12,700</b>
<b>In this example, Peg would pay:</b>	
<i>Cost Sharing</i>	
<a href="#">Deductibles</a>	\$0
<a href="#">Copayments</a>	\$300
<a href="#">Coinsurance</a>	\$0
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$50
<b>The total Peg would pay is</b>	<b>\$350</b>

**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](#) \$20
- Hospital (facility) [copayment](#) \$250
- Other (blood work) [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*)

<b>Total Example Cost</b>	<b>\$5,600</b>
<b>In this example, Joe would pay:</b>	
<i>Cost Sharing</i>	
<a href="#">Deductibles</a>	\$0
<a href="#">Copayments</a>	\$900
<a href="#">Coinsurance</a>	\$0
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$0
<b>The total Joe would pay is</b>	<b>\$900</b>

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

- The [plan's](#) overall [deductible](#) \$0
- [Specialist copayment](#) \$20
- Hospital (facility) [copayment](#) \$250
- Other (x-ray) [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*)

<b>Total Example Cost</b>	<b>\$2,800</b>
<b>In this example, Mia would pay:</b>	
<i>Cost Sharing</i>	
<a href="#">Deductibles</a>	\$0
<a href="#">Copayments</a>	\$200
<a href="#">Coinsurance</a>	\$80
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$0
<b>The total Mia would pay is</b>	<b>\$280</b>

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



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 [www.kp.org/plandocuments](http://www.kp.org/plandocuments) o llame al 1-888-865-5813 (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 1-888-865-5813 (TTY: 711) para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deducible</u> total?	\$0	Consulte la tabla de Circunstancias médicas comunes abajo para conocer los costos de los servicios que cubre este <u>plan</u> .
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	No se aplica.	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 determinados <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 <a href="https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿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 de la red</u> ?	Sí. Consulte <a href="http://www.kp.org">www.kp.org</a> o llame al 1-888-865-5813 (TTY: 711) para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u> .	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 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.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
<b>¿Necesita una <u>derivación</u> para atenderse con un <u>especialista</u>?</b>	Sí, pero puede autoderivarse a determinados <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	Lo que usted pagará	Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor del plan (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera del plan (Usted pagará el máximo)	
<b>Si acude al consultorio o clínica del <u>proveedor</u></b>	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$15 por visita	No está cubierto	Ninguna
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$20 por visita	No está cubierto	Ninguna
	<u>Atención preventiva/evaluación/vacunas</u>	Sin costo	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.
<b>Si se realiza un examen</b>	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	Sin costo	No está cubierto	Ninguna

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará	Lo que usted pagará	Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor del plan (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera del plan (Usted pagará el máximo)	
<b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b> Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en <a href="http://www.kp.org/formulary">www.kp.org/formulary</a>	Medicamentos genéricos	Al por menor: \$10 por <u>receta médica</u> ; orden por correo: \$20 por <u>receta médica</u> ; farmacias de la <u>red</u> : \$20 por <u>receta médica</u>	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días al por menor o un suministro de 90 días en orden por correo. Las farmacias de la <u>red</u> se limitan al surtido de una sola vez. Los anticonceptivos no tienen costo según las pautas del <u>formulario</u> .
	Medicamentos de marca preferidos	Al por menor: \$25 por <u>receta médica</u> ; orden por correo: \$50 por <u>receta médica</u> ; farmacias de la <u>red</u> : \$35 por <u>receta médica</u>	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días al por menor o un suministro de 90 días en orden por correo. Las farmacias de la <u>red</u> se limitan al surtido de una sola vez.
	Medicamentos de marca no preferidos	Al por menor: \$40 por <u>receta médica</u> ; orden por correo: \$80 por <u>receta médica</u> ; farmacias de la <u>red</u> : \$50 por <u>receta médica</u>	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días al por menor o un suministro de 90 días en orden por correo. Las farmacias de la <u>red</u> se limitan al surtido de una sola vez.
	<u>Medicamentos de especialidad</u>	Sujeto a copago aplicable	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días al por menor y en farmacias de la <u>red</u> . Las farmacias de la <u>red</u> se limitan al surtido de una sola vez. Sujeto a las pautas del <u>formulario</u> cuando esté aprobado mediante el proceso de excepciones.
<b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$20 por visita	No está cubierto	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano	Sin costo	No está cubierto	Los honorarios del médico/cirujano están incluidos en el cargo de instalaciones.
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<u>Atención en la Sala de Emergencias</u>	\$100 por visita	\$100 por visita	Sin <u>copago</u> si lo internan.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	Sin costo	Sin costo	Ninguna
	<u>Atención de urgencia</u>	\$20 por visita	No está cubierto	Los <u>proveedores fuera del plan</u> están cubiertos cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio: \$20 por visita.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará	Lo que usted pagará	Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor del plan (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera del plan (Usted pagará el máximo)	
<b>Si necesita hospitalización</b>	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$250 por admisión	No está cubierto	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano	Sin costo	No está cubierto	Los honorarios del médico/cirujano están incluidos en el cargo de instalaciones.
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes ambulatorios	\$15 por visita individual. \$7 por consulta grupal	No está cubierto	Ninguna
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$250 por admisión	No está cubierto	Ninguna
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	Sin costo	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	Sin costo	No está cubierto	Los servicios profesionales están incluidos en los servicios de instalaciones.
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	\$250 por admisión	No está cubierto	Ninguna

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará	Lo que usted pagará	Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor del plan (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera del plan (Usted pagará el máximo)	
<b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b>	<u>Atención médica en el hogar</u>	Sin costo	No está cubierto	La cobertura se limita a 120 visitas por año.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Paciente ambulatorio: \$20 por visita Paciente hospitalizado: \$250 por admisión	No está cubierto	La cobertura se limita a 40 visitas por año combinadas de terapia física y ocupacional para pacientes ambulatorios. Los pacientes ambulatorios cuentan con hasta 40 visitas por terapia del habla por año.
	<u>Servicios de habilitación</u>	Paciente ambulatorio: \$20 por visita Paciente hospitalizado: \$250 por admisión	No está cubierto	Consulte <u>servicios de rehabilitación</u> para obtener detalles sobre las limitaciones.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	\$250 por admisión	No está cubierto	La cobertura se limita a 60 días por año.
	<u>Equipo médico duradero</u>	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Se requiere autorización previa.
	<u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u>	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
<b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>	Examen de la vista para niños	\$20 por visita para examen de refracción	No está cubierto	La cobertura se limita a un examen por año
	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).

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Cirugía estética
- Atención dental (adultos)
- Tratamiento para la infertilidad
- Cuidados a largo plazo
- Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Enfermería privada
- 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).

- Atención quiropráctica (se limita a 20 visitas por año; solo manipulación vertebral)
- Audífonos (adultos: límite de \$3,000 por oído cada 36 meses; menores de 19 años: límite de \$3,000 por oído, cada 48 meses)
- 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](http://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	1-888-865-5813 (TTY: 711) o <a href="http://www.kp.org/memberservices">www.kp.org/memberservices</a>
Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos	1-866-444-3272 o <a href="http://www.dol.gov/ebsa/healthreform">www.dol.gov/ebsa/healthreform</a>
Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros	1-877-267-2323 extensión 61565 o <a href="http://www.cciio.cms.gov">www.cciio.cms.gov</a>
Departamento de Seguros de Georgia	1-800-656-2298 o <a href="http://www.oci.ga.gov/">www.oci.ga.gov/</a>

### ¿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 1-888-865-5813 (TTY: 711)

TAGALOG (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-865-5813 (TTY: 711)

TRADITIONAL CHINESE (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-888-865-5813 (TTY: 711)

PENNSYLVANIA DUTCH (Deutsch): Fer Hilf griege in Deitsch, ruf 1-888-865-5813 (TTY: 711) uff

NAVAJO (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-888-865-5813 (TTY: 711)

SAMOAN (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-888-865-5813 (TTY: 711)

CAROLINIAN (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-888-865-5813 (TTY: 711)

CHAMORRO (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, à'gang 1-888-865-5813 (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 general del plan</u>	\$0
■ <u>Copago para el especialista</u>	\$20
■ <u>Copago del hospital (establecimiento)</u>	\$250
■ Otro <u>copago</u> (análisis de sangre)	\$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*)

### 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 general del plan</u>	\$0
■ <u>Copago para el especialista</u>	\$20
■ <u>Copago del hospital (establecimiento)</u>	\$250
■ Otro <u>copago</u> (análisis de sangre)	\$0

#### Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del médico de atención primaria s  
Exámenes de diagnóstico (*análisis de sangre*)  
Medicamentos con receta  
Equipo médico duradero (*glucómetro*)

### Fractura simple de Mía

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

■ El <u>deducible general del plan</u>	\$0
■ <u>Copago para el especialista</u>	\$20
■ <u>Copago del hospital (establecimiento)</u>	\$250
■ Otro <u>copago</u> (radiografía)	\$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*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$12,700</b>
<b>En este ejemplo, Peg pagaría:</b>	
<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$300
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$50
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$350</b>

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

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$2,800</b>
<b>En este ejemplo, Mia pagaría:</b>	
<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$200
<u>Coseguro</u>	\$80
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$280</b>

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

## NONDISCRIMINATION NOTICE

Kaiser Foundation Health Plan of Georgia, Inc. (Kaiser Health Plan) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people or treat them less favorably on the basis of race, color, national origin (including limited English proficiency and primary language), age, disability, or sex (including sex characteristics, intersex traits; pregnancy or related conditions; sexual orientation; gender identity, and sex stereotypes).

Kaiser Health Plan:

- Provides 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, braille, and accessible electronic formats
- Provides 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 **1-888-865-5813** (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: Member Relations Unit (MRU), Attn: Kaiser Civil Rights Coordinator, Nine Piedmont Center, 3495 Piedmont Road, NE Atlanta, GA 30305-1736. Telephone Number: **1-888-865-5813**.

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**, **1-800-537-7697** (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

This notice is available at <https://healthy.kaiserpermanente.org/georgia/language-assistance/nondiscrimination-notice>

## HELP IN YOUR LANGUAGE

**ATTENTION:** If you speak English, language assistance services including appropriate auxiliary aids and services, free of charge, are available to you. Call **1-888-865-5813** (TTY: 711).

**አማርኛ (Amharic) ትኩረት:** አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ ተገቢ የሆኑ ረዳት መርጃዎችን እና አገልግሎቶችን ጨምሮ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶች በነጻ ይገኛሉ። በ **1-888-865-5813** ይደውሉ (TTY: 711)።

**العربية (Arabic) تنبيه:** إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية بما في ذلك من وسائل المساعدة والخدمات المناسبة بالمجان. اتصل بالرقم **1-888-865-5813** (TTY: 711).

**中文 (Chinese) 注意事項:** 如果您說中文，您可獲得免費語言協助服務，包括適當的輔助器材和服務。致電 **1-888-865-5813** (TTY: 711)。

**فارسی (Farsi) توجه:** اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، «تسهیلات زبانی»، از جمله کمک‌ها و خدمات پشتیبانی مناسب، به صورت رایگان در دسترس‌تان است با **1-888-865-5813** تماس بگیرید (TTY تلفن متنی): **711**).

**Français (French) ATTENTION:** si vous parlez français, des services d'assistance linguistique comprenant des aides et services auxiliaires appropriés, gratuits, sont à votre disposition. Appelez le **1-888-865-5813** (TTY: 711).

**Deutsch (German) ACHTUNG:** Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen die Sprachassistentz mit entsprechenden Hilfsmitteln und Dienstleistungen kostenfrei zur Verfügung. Rufen Sie **1-888-865-5813** an (TTY: 711).

**ગુજરાતી (Gujarati) ધ્યાન આપો:** જો તમે ગુજરાતી બોલો છો, તો યોગ્ય સહાયક સહાય અને સેવાઓ સહિતની ભાષા સહાય સેવાઓ, તમારા માટે મફત ઉપલબ્ધ છે. **1-888-865-5813** (TTY: 711) પર કોલ કરો.

**Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole) ATANSYON:** Si w pale kreyòl, w ap jwenn sèvis asistans lang tankou èd ak sèvis konplemantè adapte gratis. Rele **1-888-865-5813** (TTY: 711).

**हिन्दी (Hindi) ध्यान दें:** अगर आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए उपयुक्त सहायक उपकरण और सेवाओं सहित भाषा सहायता सेवाएँ मुफ्त उपलब्ध हैं। **1-888-865-5813** (TTY: 711) पर कॉल करें।

**日本語 (Japanese) 注意:** 日本語を話す場合、適切な補助機器やサービスを含む言語支援サービスが無料で提供されます。 **1-888-865-5813** までお電話ください (TTY: 711)。

**한국어 (Korean) 주의:** 한국어를 구사하실 경우, 필요한 보조 기기 및 서비스가 포함된 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다. **1-888-865-5813**로 전화해 주세요 (TTY: 711).

**Naabeehó (Navajo) Díí BAA AKÓ NÍNÍZIN:** Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', biniit'aa da beeso ndinish'aah t'aala'l bi'aa 'anashwo' doo biniit'aa, t'aadoo baahilinigo bits'aadoo yeel, t'áá jiik'eh, éí ná hóló, koji' hódíłnih **1-888-865-5813** (TTY: 711).

**Português (Portuguese) ATENÇÃO:** Se fala português, temos à sua disposição serviços gratuitos de assistência linguística, incluindo serviços e materiais de apoio adequados. Ligue para **1-888-865-5813** (TTY: 711).

**Русский (Russian) ВНИМАНИЕ!** Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки, включая соответствующие вспомогательные средства и услуги. Позвоните по номеру **1-888-865-5813** (TTY: 711).

**Español (Spanish) ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística que incluyen ayudas y servicios auxiliares adecuados y gratuitos. Llame al **1-888-865-5813** (TTY: **711**).

**Tagalog (Tagalog) PAALALA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, available sa iyo ang serbisyo ng tulong sa wika kabilang ang mga naaangkop na karagdagang tulong at serbisyo, nang walang bayad. Tumawag sa **1-888-865-5813** (TTY: **711**).

**Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý:** Nếu bạn nói tiếng Việt, bạn có thể sử dụng các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí, bao gồm các dịch vụ và phương tiện hỗ trợ phù hợp. Xin gọi **1-888-865-5813** (TTY: **711**).