



Here's Your Summary of Benefits and Coverage!

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

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

Need More Information?

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




¡Aquí tiene su Resumen de beneficios y cobertura!

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

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

¿Necesita más información?

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

 The Summary of Benefits and Coverage (SBC) document will help you choose a health [plan](#). The SBC shows you how you and the [plan](#) would share the cost for covered health care services. NOTE: Information about the cost of this [plan](#) (called the [premium](#)) will be provided separately. This is only a summary. For more information about your coverage, or to get a copy of the complete terms of coverage, visit www.kp.org/plandocuments or call 1-855-249-5018 (TTY: 711). For general definitions of common terms, such as [allowed amount](#), [balance billing](#), [coinsurance](#), [copayment](#), [deductible](#), [provider](#), or other [underlined](#) terms see the Glossary. You can view the Glossary at www.cciio.cms.gov or call 1-833-637-3519 to request a copy.

Important Questions	Answers	Why This Matters:
What is the overall deductible ?	\$0	See the Common Medical Events chart below for your costs for services this plan covers.
Are there services covered before you meet your deductible ?	Not Applicable.	The plan does not have a deductible.
Are there other deductibles for specific services?	No.	You don't have to meet deductibles for specific services.
What is the out-of-pocket limit for this plan ?	\$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 cost sharing for certain services listed in plan documents.	Even though you pay these expenses, they don't count toward the out-of-pocket limit .
Will you pay less if you use a network provider ?	Yes. See www.kp.org or call 1-855-249-5018 (TTY: 711) for a list of network providers .	This plan uses a provider network . You will pay less if you use a provider in the plan's network . You will pay the most if you use an out-of-network provider , and you might receive a bill from a provider for the difference between the provider's charge and what your plan pays (balance billing). Be aware, your network provider might use an out-of-network provider for some services (such as lab work). Check with your provider before you get services.
Do you need a referral to see a specialist ?	Yes, but you may self-refer to certain specialists .	This plan will pay some or all of the costs to see a specialist for covered services but only if you have a referral before you see the specialist .

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Plan Provider (You will pay the least)	Non-Plan Provider (You will pay the most)	
If you visit a health care provider's office or clinic	Primary care visit to treat an injury or illness	\$10 copay /visit	Not covered	Copay is waived for children under age 5.
	Specialist visit	\$10 copay /visit	Not covered	None.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Plan Provider (You will pay the least)	Non-Plan Provider (You will pay the most)	
	Preventive care/screening/immunization	No charge	Not covered	You may have to pay for services that aren't preventive . Ask your provider if the services needed are preventive. Then check what your plan will pay for.
If you have a test	Diagnostic test (x-ray, blood work)	No charge	Not covered	None.
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	No charge	Not covered	None.
If you need drugs to treat your illness or condition More information about prescription drug coverage is available at www.kp.org/formulary .	Generic drugs	Plan pharmacy: \$10 copay /prescription; Participating pharmacy: \$20 copay /prescription; Mail order: \$8 copay /prescription	Not covered	No charge for certain preventive care drugs or oral chemotherapy drugs. Quantity limits may apply. Specialty drug copayments may be different if purchased at a retail pharmacy.
	Preferred brand drugs	Plan pharmacy: \$25 copay /prescription; Participating pharmacy: \$45 copay /prescription; Mail order: \$23 copay /prescription	Not covered	
	Non-preferred brand drugs	Plan pharmacy: \$40 copay /prescription; Participating pharmacy: \$60 copay /prescription; Mail order: \$38 copay /prescription	Not covered	
	Specialty drugs	\$8/\$23/\$38 copay /prescription, based on drug category (mail order)	Not covered	
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	\$10 copay /visit	Not covered	None.
	Physician/surgeon fees	No charge	Not covered	None.
If you need immediate medical attention	Emergency room care	\$25 copay /visit	\$25 copay /visit	Copay waived if admitted.
	Emergency medical transportation	No charge	No charge	None.
	Urgent care	\$10 copay /visit	\$10 copay /visit	Non-plan providers are only covered when you

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Plan Provider (You will pay the least)	Non-Plan Provider (You will pay the most)	
				are outside the service area.
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	\$100 copay /admission	Not covered	Emergency admissions covered for non-plan providers.
	Physician/surgeon fees	No charge	Not covered	
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	\$10 copay /individual visit; \$5 copay /group visit	Not covered	Mental/behavioral health: No coverage for psychological testing for ability, aptitude, intelligence or interest. Substance abuse: None.
	Inpatient services	\$100 copay /admission	Not covered	None.
If you are pregnant	Office visits	No charge	Not covered	Depending on the type of services, a copayment or coinsurance 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	\$100 copay /admission	Not covered	None.
If you need help recovering or have other special health needs	Home health care	No charge	Not covered	None.
	Rehabilitation services	\$10 copay /visit	Not covered	Cardiac rehabilitation limited to 12 weeks or 36 sessions. Physical, speech, and occupational therapy limited to treatment while hospitalized or, for all other settings, up to 90 consecutive days for each injury, incident, or condition.
	Habilitation services	\$10 copay /visit	Not covered	For children under age 21 with congenital or genetic birth defect.
	Skilled nursing care	\$100 copay /admission	Not covered	Coverage limited to 100 days/year.
	Durable medical equipment	20% coinsurance	Not covered	Coverage limited to 3 months following an inpatient hospital admission or outpatient surgery.
	Hospice services	No charge	Not covered	None.
If your child needs dental or eye care	Children's eye exam	Kaiser vision: \$10 copay/visit; UNITE HERE HEALTH vision: No charge	Kaiser vision: Not covered; UNITE HERE HEALTH vision: No charge	Kaiser vision: Coverage limited to plan vision centers only: 1 pair of glasses or 1 pair of contacts from select collection each year. UNITE HERE HEALTH vision: Coverage limited to 1 exam/12 months, 1 pair of
	Children's glasses	Kaiser vision: No charge;	Kaiser vision: Not covered;	

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Plan Provider (You will pay the least)	Non-Plan Provider (You will pay the most)	
		UNITE HERE HEALTH vision: No charge	UNITE HERE HEALTH vision: No charge	eyeglass lenses/12 months, and \$200/24 month period (does not apply to exams or eyeglass lenses for children under age 19).
	Children's dental check-up	Not covered	Not covered	Dental benefits may be provided separately.

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 Chiropractic care Cosmetic surgery 	<ul style="list-style-type: none"> Dental care (Adult) (may be provided separately) Hearing aids Long-term care 	<ul style="list-style-type: none"> Non-emergency care when traveling outside the U.S. Private duty nursing Routine foot care 	
Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list. Please see your plan document.)			
<ul style="list-style-type: none"> Bariatric surgery 	<ul style="list-style-type: none"> Infertility treatment 	<ul style="list-style-type: none"> Routine eye care (Adult) Weight loss programs 	

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

Your Grievance and Appeals Rights: There are agencies that can help if you have a complaint against your [plan](#) for a denial of a [claim](#). This complaint is called a [grievance](#) or [appeal](#). For more information about your rights, look at the explanation of benefits you will receive for that medical [claim](#). Your [plan](#) documents also provide complete information to submit a [claim](#), [appeal](#), or a [grievance](#) for any reason to your [plan](#). For more information about your rights, this notice, or assistance, contact: Kaiser Permanente at 1-855-249-5018 (TTY: 711) or online at www.kp.org/memberservices, the Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform, or the District of Columbia Department of Insurance at 1-877-685-6391 or www.disb.dc.gov. (Contact UNITE HERE HEALTH at 1-833-637-3519 for questions about any benefits other than medical or prescription drug.)

Additionally, a consumer assistance program can help you file your appeal. Contact the District of Columbia Healthcare Finance Office of the Ombudsman at 441 4th St, NW (9th and 10th Fl.) Washington, DC 20001, 1-877-685-6391, email healthcareombudsman@dc.gov or www.ombudsman.dc.gov.

Does this plan provide Minimum Essential Coverage? Yes.

If you don't have [Minimum Essential Coverage](#) for a month, you'll have to make a payment when you file your tax return unless you qualify for an exemption from the requirement that you have health coverage for that month.

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 1-833-637-3519.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-833-637-3519.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-833-637-3519.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-833-637-3519.

-----*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](#) \$10
- Hospital (facility) [copayment](#) \$100
- 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	\$300
Coinsurance	\$0
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$50
The total Peg would pay is	\$350

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

- The [plan's](#) overall [deductible](#) \$0
- [Specialist copayment](#) \$10
- Hospital (facility) [copayment](#) \$100
- 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	\$7,400
---------------------------	----------------

In this example, Joe would pay:

<i>Cost Sharing</i>	
Deductibles	\$0
Copayments	\$700
Coinsurance	\$0
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$50
The total Joe would pay is	\$750

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

- The [plan's](#) overall [deductible](#) \$0
- [Specialist copayment](#) \$10
- Hospital (facility) [copayment](#) \$100
- 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	\$1,900
---------------------------	----------------

In this example, Mia would pay:

<i>Cost Sharing</i>	
Deductibles	\$0
Copayments	\$100
Coinsurance	\$70
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$0
The total Mia would pay is	\$170



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, visite www.kp.org/plandocuments o llame al 1-855-249-5018 (TTY: 711). Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [delineados](#) consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en www.cciio.cms.gov o llamar a 1-833-637-3519 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	USD \$0	Consulte la tabla de eventos comunes a continuación para ver los costos de servicio que cubre este plan .
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	No se aplica.	Este plan no tiene un deducible.
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	No tiene que pagar un deducible por servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan ?	USD \$3,500 por persona / \$9,400 por familia	El límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en este plan , tienen que cumplir con sus propios límites de gastos directo del bolsillo hasta que se cumpla el límite de gastos directo del bolsillo total por familia.
¿Qué no incluye el desembolso máximo ?	Las primas , los pagos por cuidados de salud que este plan no cubre, y la parte que le corresponde de los costos para determinados servicios indicados en los documentos del plan .	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos directos del bolsillo .
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red médica?	Sí. Vea www.kp.org o llame al 1-855-249-5018 (TTY: 711) para una lista de proveedores dentro de la red .	Este plan no tiene un proveedor dentro de la red . Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan. Usted pagará más si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista ?	Sí, pero usted puede auto remitirse a determinados especialistas .	Este plan paga algunos o todos los costos de acudir a un especialista por servicios cubiertos, pero solo si tiene un referido antes de acudir al especialista .

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedores participantes (Usted pagará lo mínimo)	Proveedores no participantes (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$10 copago /visita	No tiene cobertura	No se aplica copago para niños menores de 5 años.
	Visita al especialista	\$10 copago /visita	No tiene cobertura	Ninguna.
	Atención preventiva/examen colectivo /vacuna	Sin cargo	No tiene cobertura	Es posible que usted tenga que pagar por servicios que no sean preventivos . Pregunte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego compruebe lo que su plan pagará por el servicio.
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo	No tiene cobertura	Ninguna.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	Sin cargo	No tiene cobertura	Ninguna.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.kp.org/formulary .	Medicamentos genéricos	Farmacia del Plan: \$10 copago /receta; Farmacia participante: \$20 copago /receta; Pedido por correo: \$8 copago /receta	No tiene cobertura	Sin cargo para ciertos medicamentos para el cuidado preventivo o medicamentos de quimioterapia oral. Pueden aplicarse límites de cantidad. Los copagos por medicamentos especializados pueden ser diferentes si se compran en una farmacia minorista.
	Medicamentos de marcas preferidas	Farmacia del Plan: \$25 copago /receta; Farmacia participante: \$45 copago /receta; Pedido por correo: \$23 copago /receta	No tiene cobertura	
	Medicamentos de marcas no preferidas	Farmacia del Plan: \$40 copago /receta; Farmacia participante: \$60 copago /receta; Pedido por correo: \$38 copago /receta	No tiene cobertura	

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedores participantes (Usted pagará lo mínimo)	Proveedores no participantes (Usted pagará lo máximo)	
	Medicamentos biosimilares o de especialidad	\$8/\$23/\$38 copago /receta, según la categoría del medicamento (pedidos por correo)	No tiene cobertura	
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$10 copago /visita	No tiene cobertura	Ninguna.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	No tiene cobertura	Ninguna.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	\$25 copago /visita	\$25 copago /visita	Copago exonerado si es admitido.
	Transporte médico de emergencia	Sin cargo	Sin cargo	Ninguna.
	Atención de urgencia	\$10 copago /visita	\$10 copago /visita	Se cubren los servicios de proveedores que no pertenecen a la red únicamente cuando usted está fuera del área de servicios.
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	\$100 copago /admisión	No tiene cobertura	Se cubre la admisión de emergencia de proveedores que no pertenecen al plan.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	No tiene cobertura	
Si necesita servicios de salud mental, conductual o abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	\$10 copago /visita individual; \$5 copago /visita grupal	No tiene cobertura	Salud Mental/del Comportamiento: No hay cobertura para exámenes psicológicos de capacidad, aptitud, inteligencia, o interés; Abuso de sustancias: Ninguna
	Servicios internos	\$100 copago /admisión	No tiene cobertura	Ninguna
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	No tiene cobertura	Dependiendo en el tipo de servicios, puede aplicar un copago o coseguro . El cuidado de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte en el SBC (por ejemplo, ultrasonido).
	Servicios de parto profesionales	Sin cargo	No tiene cobertura	Ninguna.
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	\$100 copago /admisión	No tiene cobertura	Ninguna.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedores participantes (Usted pagará lo mínimo)	Proveedores no participantes (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	Sin cargo	No tiene cobertura	Ninguna.
	Servicios de rehabilitación	\$10 copago /visita	No tiene cobertura	Rehabilitación cardíaca limitada a 12 semanas o 36 sesiones. Terapia física, del habla, y ocupacional limitada a tratamiento durante la hospitalización o, en cualquier otro puesto, hasta 90 días consecutivos por cada herida, incidente, o condición.
	Servicios de habilitación	\$10 copago /visita	No tiene cobertura	Para niños menores de 21 años con defectos congénitos o defectos genéticos.
	Cuidado de enfermería especializada	\$100 copago /admisión	No tiene cobertura	Cobertura limitada a 100 días/año.
	Equipo médico duradero	20% coseguro	No tiene cobertura	Cobertura limitada a 3 meses luego de una admisión para internación o cirugía ambulatoria.
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	Sin cargo	No tiene cobertura	Ninguna.
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	Visión por Kaiser: \$10 copago /visita; Visión por UNITE HERE HEALTH: Sin cargo	Visión por Kaiser: No tiene cobertura; Visión por UNITE HERE HEALTH: Sin cargo	Visión por Kaiser: Cobertura limitada a centros de visión del plan únicamente: 1 par de anteojos o 1 par de lentes de contacto de colección selecta cada año.
	Anteojos para niños	Visión por Kaiser: Sin cargo; Visión por UNITE HERE HEALTH: Sin cargo	Visión por Kaiser: No tiene cobertura; Visión por UNITE HERE HEALTH: Sin cargo	Visión por UNITE HERE HEALTH: Cobertura limitada a 1 examen/12 meses, 1 par de anteojos/12 meses y \$200 por un período de 24 meses (no aplica a exámenes o anteojos para niños menores de 19 años).
	Chequeo dental pediátrico	No tiene cobertura	No tiene cobertura	Beneficios dentales pueden ser proporcionados por separado.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros servicios excluidos.)		
<ul style="list-style-type: none">• Acupuntura• Cuidados quiroprácticos• Cirugía cosmética	<ul style="list-style-type: none">• Cuidados dentales (Adultos) (pueden ser proporcionados por separado)• Audífonos• Cuidados de salud por tiempo prolongado	<ul style="list-style-type: none">• Cuidados que no son de emergencia cuando sale de los E.U.• Servicio de enfermería especializado• Cuidados podiátricos de rutina
Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su plan.)		
<ul style="list-style-type: none">• Cirugía bariátrica	<ul style="list-style-type: none">• Tratamiento de la infertilidad	<ul style="list-style-type: none">• Cuidados de la visión de rutina (Adultos)• Programas para bajar de peso

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

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle una [reclamación](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#) o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: Kaiser Permanente al 1-855-249-5018 (TTY: 711) o visite www.kp.org/memberservices, el Departamento de Trabajo, Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o visitar www.dol.gov/ebsa/healthreform, o el Departamento de Seguros del Distrito de Columbia al 1-877-685-6391 o www.disb.dc.gov. (Si tiene preguntas sobre cualquier beneficio fuera de los beneficios médicos o de medicamentos de venta bajo receta, comuníquese con UNITE HERE HEALTH al 1-833-637-3519.)

Además, puede pedir ayuda para presentar una apelación al programa de asistencia al consumidor: Contacte a la Oficina de la Defensoría del Pueblo de Finanzas Médicas del Distrito de Columbia (District of Columbia Healthcare Finance Office of the Ombudsman) a 441 4th St, NW (9th and 10th Fl.) Washington, DC 20001, 1-877-685-6391, correo electrónico healthcareombudsman@dc.gov, o www.ombudsman.dc.gov.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

Si no tiene [cobertura esencial mínima](#) durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí.

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios lingüísticos:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-833-637-3519.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-833-637-3519.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-833-637-3519.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-833-637-3519.

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

Acerca de los ejemplos de cobertura:



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

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialista copago](#) \$10
- Hospital (instalaciones) [copago](#) \$100
- Otro [copago](#) \$0

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al especialista (*atención prenatal*)
 Servicios de parto profesionales
 Servicios de instalaciones de partos profesionales
 Pruebas diagnósticas (*sonogramas y análisis de sangre*)
 Visita al especialista (*anestesia*)

Costo total hipotético	\$12,700
------------------------	----------

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$300
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$50
El total que Peg pagaría es	\$350

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialista copago](#) \$10
- Hospital (instalaciones) [copago](#) \$100
- Otro [copago](#) \$0

Este EJEMPLO incluye servicios como:

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

Costo total hipotético	\$7,400
------------------------	---------

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$700
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$50
El total que Joe pagaría es	\$750

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialista copago](#) \$10
- Hospital (instalaciones) [copago](#) \$100
- Otro [copago](#) \$0

Este EJEMPLO incluye servicios como:

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

Costo total hipotético	\$1,900
------------------------	---------

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Cost Sharing</i>	
Deductibles	\$0
Copayments	\$100
Coinsurance	\$70
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$0
The total Mia would pay is	\$170

El [plan](#) sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.