



## 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**Coverage for:** Individual / Family | **Plan Type:** HMO

KAISER FOUNDATION HEALTH PLAN OF THE MID-ATLANTIC STATES, INC., 2101 East Jefferson Street, Rockville, MD 20852



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 1-855-249-5018 (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.healthcare.gov/sbc-glossary/](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary/) or call 1-855-249-5018 (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> ?               | Premiums, 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 1-855-249-5018 (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<br>(You will pay the least)  | What You Will Pay Non-Plan Provider<br>(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         | \$15 / visit   | Not covered  | <a href="#">Copayment</a> waived for children under age 5.  |
|  | <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. |
| If you have a test   | <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  |
| If you need drugs to treat your illness or condition<br><br>More information about <a href="#">prescription drug coverage</a> is available at <a href="http://www.kp.org/formulary">www.kp.org/formulary</a> | Most generic drugs (Tier 1)                              | \$10 / retail. \$8 / mail order. \$20 / <a href="#">participating</a> pharmacy / <a href="#">prescription</a> .  | Not covered  | Up to a 60-day supply (retail & <a href="#">participating</a> pharmacies); up to a 90-day supply (mail order). <a href="#">Formulary</a> <a href="#">preventive</a> drugs and contraceptives in all tiers are No charge.    |
|  | Most preferred brand name drugs (Tier 2)                 | \$25 / retail. \$23 / mail order. \$45 / <a href="#">participating</a> pharmacy / <a href="#">prescription</a> . | Not covered  | Up to a 60-day supply (retail & <a href="#">participating</a> pharmacies); up to a 90-day supply (mail order).  |
|  | Non-preferred drugs (Tier 3)                             | \$40 / retail. \$38 / mail order. \$60 / <a href="#">participating</a> pharmacy / <a href="#">prescription</a> . | Not covered  | Up to a 60-day supply (retail & <a href="#">participating</a> pharmacies); up to a 90-day supply (mail order).  |
|  | <a href="#">Specialty drugs</a> (Tier 4)                 | Applicable Generic, Preferred, and Non-Preferred <a href="#">copayments</a>                                      | Not covered  | Up to a 60-day supply (retail & <a href="#">participating</a> pharmacies).  |
| 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 fees are included in the Facility fee.  |

| Common Medical Event  | Services You May Need                            | What You Will Pay Plan Provider<br>(You will pay the least) | What You Will Pay Non-Plan Provider<br>(You will pay the most) | Limitations, Exceptions & Other Important Information   |
|---|--|---|--|---|
| If you need immediate medical attention                                   | <a href="#">Emergency room care</a>              | \$100 / visit   | \$100 / visit  | Waived if admitted as inpatient   |
|   | <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> are covered only outside 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 fees are included in the Facility fee.  |
| If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services | Outpatient services                              | \$15 / Individual visit                                     | Not covered  | \$7 / Group visit   |
|   | 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<br>(You will pay the least) | What You Will Pay Non-Plan Provider<br>(You will pay the most) | Limitations, Exceptions & Other Important Information  |
|--|---|---|--|--|
| If you need help recovering or have other special health needs | <a href="#">Home health care</a>          | No charge   | Not covered  | None   |
|  | <a href="#">Rehabilitation services</a>   | \$20 / visit  | Not covered  | Outpatient: Limited to 30 visits of PT/OT/ST / year / injury / incident / condition                  |
|  | <a href="#">Habilitation services</a>     | \$20 / visit  | Not covered  | None   |
|  | <a href="#">Skilled nursing care</a>      | \$250 / admission   | Not covered  | Coverage is limited to 100 days / year   |
|  | <a href="#">Durable medical equipment</a> | 20% <a href="#">coinsurance</a>                             | Not covered  | Subject to <a href="#">formulary</a> guidelines  |
|  | <a href="#">Hospice service</a>           | No charge   | Not covered  | None   |
| If your child needs dental or eye care                         | Children's eye exam                       | \$15 / visit for refractive exam                            | Not covered  | Coverage is limited to one exam / year.  |
|  | Children's glasses                        | No charge   | Not covered  | 1 pair of glasses or 1st purchase of contact lenses / year (from select group of glasses / contacts) |
|  | 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"> <li>● Acupuncture</li> <li>● Chiropractic care</li> <li>● Cosmetic surgery</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Dental care (Adult)</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> |
|--|---|---|

##### 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"> <li>● Bariatric surgery</li> <li>● Hearing aids (1/ear/36 months with a max benefit of \$3,000)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Infertility treatment</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  | 1-855-249-5018 (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>                         |
| Department of Insurance, Securities and Banking  | 1-877-685-6391 or <a href="http://www.disb.dc.gov/">www.disb.dc.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 1-855-249-5018 (TTY: 711)

TAGALOG (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-855-249-5018 (TTY: 711)

TRADITIONAL CHINESE (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-855-249-5018 (TTY: 711)

PENNSYLVANIA DUTCH (Deitsch): Fer Hilf griege in Deitsch, ruf 1-855-249-5018 (TTY: 711) uff

NAVAJO (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijjigo holne' 1-855-249-5018 (TTY: 711)

SAMOAN (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-855-249-5018 (TTY: 711)

CAROLINIAN (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-855-249-5018 (TTY: 711)

CHAMORRO (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, á'gang 1-855-249-5018 (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 <a href="#">plan's overall deductible</a> | \$0   |
| <a href="#">Specialist copayment</a>          | \$20  |
| <a href="#">Hospital (facility) copayment</a> | \$250 |
| <a href="#">Other (blood work) copayment</a>  | \$0   |

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

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

In this example, Peg would pay:

| Cost Sharing                |       |
|-----------------------------|-------|
| <a href="#">Deductibles</a> | \$0   |
| <a href="#">Copayments</a>  | \$300 |
| <a href="#">Coinsurance</a> | \$0   |

#### What isn't covered

|                                   |              |
|-----------------------------------|--------------|
| Limits or exclusions              | \$60         |
| <b>The total Peg would pay is</b> | <b>\$360</b> |

### Managing Joe's Type 2 Diabetes

(a year of routine in-network care of a well-controlled condition)

|   |       |
|---|-------|
| The <a href="#">plan's overall deductible</a> | \$0   |
| <a href="#">Specialist copayment</a>          | \$20  |
| <a href="#">Hospital (facility) copayment</a> | \$250 |
| <a href="#">Other (blood work) copayment</a>  | \$0   |

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

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

In this example, Joe would pay:

| Cost Sharing                |       |
|-----------------------------|-------|
| <a href="#">Deductibles</a> | \$0   |
| <a href="#">Copayments</a>  | \$200 |
| <a href="#">Coinsurance</a> | \$0   |

#### What isn't covered

|                                   |              |
|-----------------------------------|--------------|
| Limits or exclusions              | \$0          |
| <b>The total Joe would pay is</b> | <b>\$200</b> |

### Mia's Simple Fracture

(in-network emergency room visit and follow up care)

|   |       |
|---|-------|
| The <a href="#">plan's overall deductible</a> | \$0   |
| <a href="#">Specialist copayment</a>          | \$20  |
| <a href="#">Hospital (facility) copayment</a> | \$250 |
| <a href="#">Other (x-ray) copayment</a>       | \$0   |

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

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

In this example, Mia would pay:

| Cost Sharing                |       |
|-----------------------------|-------|
| <a href="#">Deductibles</a> | \$0   |
| <a href="#">Copayments</a>  | \$200 |
| <a href="#">Coinsurance</a> | \$80  |

#### What isn't covered

|                                   |              |
|-----------------------------------|--------------|
| 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.

**Resumen de beneficios y cobertura:** Lo que cubre este plan y lo que usted paga por los servicios cubiertos**Periodo de cobertura: 01/01/2025-12/31/2025**

KAISER FOUNDATION HEALTH PLAN OF THE MID-ATLANTIC STATES, INC., 2101 East Jefferson Street, Rockville, MD 20852

**Cobertura para: Individuo/Familia | Tipo de plan: HMO**

**El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un plan médico. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos.** NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamada prima) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, consulte [www.kp.org/plandocuments](http://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.HealthCare.gov/sbc-glossary](http://www.HealthCare.gov/sbc-glossary) o llamar al 1-855-249-5018 (TTY: 711) para solicitar una copia.

| Preguntas importantes  | Respuestas  | Por qué es importante   |
|--|---|---|
| ¿Cuál es el <u>deducible</u> general?  | \$0   | Consulte la tabla de Eventos médicos comunes a continuación para ver los costos de los servicios que cubre este <u>plan</u> .   |
| ¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <u>deducible</u> ?             | No se aplica.   | Este <u>plan</u> cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del <u>deducible</u> . Sin embargo, es posible que se aplique un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que cumpla con su <u>deducible</u> . Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en <a href="https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/</a> .  |
| ¿Hay algún otro <u>deducible</u> por servicios específicos?                    | No.   | No tiene que pagar un <u>deducible</u> por servicios específicos.   |
| ¿Cuál es el <u>desembolso máximo</u> de este <u>plan</u> ?                     | \$3,500 por individuo / \$9,400 por familia   | El <u>desembolso máximo</u> es el máximo que podría 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>desembolso máximo</u> hasta alcanzar el <u>desembolso máximo</u> general de la familia.  |
| ¿Qué no incluye el <u>desembolso máximo</u> ?                                  | Primas, 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 usted pague estos gastos, no cuenta para el <u>desembolso máximo</u> .   |
| ¿Pagará un poco menos si acude a un <u>proveedor</u> dentro de la <u>red</u> ? | Sí. Vea <a href="http://www.kp.org">www.kp.org</a> o llame al 1-855-249-5018 (TTY: 711) para una lista de <u>proveedores dentro de la red</u> . | Este <u>plan</u> utiliza una <u>red</u> de proveedores. Usted pagará menos si utiliza un <u>proveedor de la red</u> de proveedores del plan. Usted pagará el máximo si utiliza un <u>proveedor fuera de la red</u> , y podría recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que paga su <u>plan</u> ( <u>facturación del saldo</u> ). Tenga en cuenta que su <u>proveedor de la red</u> podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de obtener servicios. |

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>¿Necesita un <u>referido</u> para ver a un <u>especialista</u>?</b> | Sí, pero puede autorreferirse a ciertos <u>especialistas</u> . | Este <u>plan</u> paga algunos o todos los costos de acudir a un <u>especialista</u> por servicios cubiertos, pero solo si tiene una <u>remisión</u> antes de acudir al <u>especialista</u> . |
|--|--|--|



Todos los costos de copago y coseguro que se indican en esta tabla son después de que se haya alcanzado el deductible, si aplica un deductible.

| Eventos médicos comunes   | Servicios que podría necesitar   | Lo que usted paga Proveedor del plan<br>(Usted pagará lo mínimo)   | Lo que usted paga Proveedor fuera del plan<br>(Usted pagará lo máximo) | Limitaciones, excepciones y otra información importante  |
|---|--|--|--|--|
| <b>Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud</b>   | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad                    | \$15 por visita  | No está cubierto   | No se aplica a niños menores de 5 años   |
|   | Visita al <u>especialista</u>  | \$20 por visita  | No está cubierto   | Ninguna  |
|   | <u>Atención preventiva/examen colectivo/vacuna</u>                                 | Sin costo  | No está cubierto   | Usted tendrá que pagar por los servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego, consulte lo que su plan pagará.   |
| <b>Si se realiza un examen</b>  | <u>Prueba diagnóstica</u> (radiografía, análisis de sangre)                        | Sin costo  | No está cubierto   | Ninguna  |
|   | Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética) | Sin costo  | No está cubierto   | Ninguna  |
| <b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección</b><br>Hay más información disponible acerca de la <u>cobertura de</u> | Mayoría de los medicamentos genéricos (Clase 1)                                    | \$10 por receta médica al por menor. \$8 por receta médica para venta en pedido por correo. \$20 por receta médica en farmacia participante. | No está cubierto   | Hasta un suministro de 60 días (al por menor y farmacias participantes); hasta un suministro de 90 días (pedido por correo). Sin cargo por medicamentos preventivos y anticonceptivos de la lista de medicamentos cubiertos en todas las clases. |

| Eventos médicos comunes  | Servicios que podría necesitar                                 | Lo que usted paga Proveedor del plan<br>(Usted pagará lo mínimo)  | Lo que usted paga Proveedor fuera del plan<br>(Usted pagará lo máximo) | Limitaciones, excepciones y otra información importante   |
|--|--|---|--|---|
| <u>medicamentos con receta en <a href="http://www.kp.org.formulary">www.kp.org.formulary</a></u> | Mayoría de los medicamentos de marcas preferidas (Clase 2)     | \$25 por receta médica al por menor. \$23 por receta médica para venta en pedido por correo. \$45 por receta médica en farmacia participante. | No está cubierto   | Hasta un suministro de 60 días (al por menor y farmacias participantes); hasta un suministro de 90 días (pedido por correo).    |
|  | Medicamentos de marcas no preferidas (Clase 3)                 | \$40 por receta médica al por menor. \$38 por receta médica para venta en pedido por correo. \$60 por receta médica en farmacia participante. | No está cubierto   | Hasta un suministro de 60 días (al por menor y farmacias participantes); hasta un suministro de 90 días (pedido por correo).    |
|  | <u>Medicamentos especializados</u> (Clase 4)                   | Se aplican los copagos correspondientes a los medicamentos genéricos, de marcas preferidas o no preferidas                                    | No está cubierto   | Hasta un suministro de 60 días (al por menor y farmacias participantes).  |
| <b>Si se somete a una operación ambulatoria</b>  | Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | \$20 por visita   | No está cubierto   | Ninguna   |
|  | Honorarios del médico/cirujano                                 | Sin costo   | No está cubierto   | Honorarios del médico/cirujano 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   | No se aplica si ingresó como paciente interno   |
|  | <u>Transporte médico de emergencia</u>                         | Sin costo   | Sin costo  | Ninguna   |
|  | <u>Atención de urgencia</u>                                    | \$20 por visita   | No está cubierto   | Los proveedores fuera del plan están cubiertos únicamente cuando usted se encuentra fuera del área de servicio: \$20 por visita |
| <b>Si le hospitalizan</b>  | Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)        | \$250 por admisión  | No está cubierto   | Ninguna   |
|  | Honorarios del médico/cirujano                                 | Sin costo   | No está cubierto   | Honorarios del médico/cirujano incluidos en el cargo de instalaciones.  |

| Eventos médicos comunes  | Servicios que podría necesitar                                | Lo que usted paga<br>Proveedor del plan<br>(Usted pagará lo mínimo) | Lo que usted paga<br>Proveedor fuera del plan<br>(Usted pagará lo máximo) | Limitaciones, excepciones y otra información importante   |
|--|---|---|---|---|
| <b>Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías</b>              | Servicios ambulatorios  | \$15 por visita individual  | No está cubierto  | \$7 por visita en grupo   |
|  | Servicios internos  | \$250 por admisión  | No está cubierto  | Ninguna   |
| <b>Si está embarazada</b>  | Visitas al consultorio  | Sin costo   | No está cubierto  | Se pueden aplicar copagos, coseguros o deducibles según el tipo de servicio. Los cuidados de maternidad podrían incluir las pruebas y los servicios que se describen en otras partes del SBC (por ejemplo, ultrasonido) |
|  | Servicios de parto profesionales                              | Sin costo   | No está cubierto  | Servicios profesionales incluidos con los servicios de instalaciones.   |
|  | Servicios de instalaciones de partos profesionales            | \$250 por admisión  | No está cubierto  | Ninguna   |
| <b>Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales</b> | <u>Cuidado de la salud en el hogar</u>                        | Sin costo   | No está cubierto  | Ninguna   |
|  | <u>Servicios de rehabilitación</u>                            | \$20 por visita   | No está cubierto  | Paciente externo: límite de 30 visitas para fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla; por año, por lesión, incidente o afección  |
|  | <u>Servicios de habilitación</u>                              | \$20 por visita   | No está cubierto  | Ninguna   |
|  | <u>Cuidado de enfermería especializada</u>                    | \$250 por admisión  | No está cubierto  | La cobertura se limita a 100 días por año   |
|  | <u>Equipo médico duradero</u>                                 | 20% de coseguro   | No está cubierto  | Sujeto a las directrices de la lista de medicamentos cubiertos  |
|  | <u>Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</u> | Sin costo   | No está cubierto  | Ninguna   |
| <b>Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista</b>                     | Examen de la vista pediátrico                                 | \$15 por visita de examen refractivo                                | No está cubierto  | La cobertura se limita a un examen por año.   |
|  | Anteojos para niño  | Sin costo   | No está cubierto  | Un par de anteojos por año o la primera compra de lentes de contacto por año (entre en grupo de anteojos y lentes de contacto seleccionados)  |
|  | Chequeo dental pediátrico                                     | No está cubierto  | No está cubierto  | Ninguna   |

## **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.)**

- Acupuntura
- Atención dental (adultos)
- Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de EE.UU.
- Atención quiropráctica
- Cirugía estética
- Cuidados a largo plazo
- Cuidado de los pies de rutina
- Enfermería privada
- Programas para perder peso

### **Otros servicios que tienen cobertura (Pueden existir limitaciones para estos servicios. Esta no es una lista completa. Por favor, consulte el documento de su plan).**

- Audífonos (1 por oído cada 36 meses con beneficio máximo de \$3,000)
- Cirugía bariátrica
- Cuidado de los ojos de rutina (adultos)
- Tratamiento para la infertilidad

**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 se muestra en la siguiente tabla. 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.CuidadoDeSalud.gov](http://www.CuidadoDeSalud.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 las agencias 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:

|  |  |
|--|--|
| Servicios a los miembros de Kaiser Permanente  | 1-855-249-5018 (TTY: 711) o en <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-EBSA (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, valores y banca   | 1-877-685-6391 o <a href="http://www.disb.dc.gov/">www.disb.dc.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 del mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, y ciertas otras coberturas. Si es elegible para ciertos tipos de Cobertura Esencial Mínima, es posible que no sea elegible para el crédito fiscal de primas.

### ¿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 1-855-249-5018 (TTY: 711)

TAGALOG (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-855-249-5018 (TTY: 711)

CHINESE (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-855-249-5018 (TTY: 711)

NAVAJO (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijjigo holne' 1-855-249-5018 (TTY: 711)

---

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

---



**Esto 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 muchos otros factores. Preste atención a los montos del costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y a los servicios excluidos 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

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

- El deducible general del plan \$0
- Copago para el especialista \$20
- Copago del hospital (instalaciones) \$250
- Otro copago (análisis de sangre) \$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 del ejemplo | \$12,700 |
|-------------------------|----------|
|-------------------------|----------|

En este ejemplo, Peg pagaría:

| Costo compartido |       |
|------------------|-------|
| Deducibles       | \$0   |
| Copagos          | \$300 |
| Coseguro         | \$0   |

### Lo que no está cubierto

|                                    |              |
|------------------------------------|--------------|
| Limitaciones o exclusiones         | \$60         |
| <b>El total que Peg pagaría es</b> | <b>\$360</b> |

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

## 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
- Copago para el especialista \$20
- Copago del hospital (instalaciones) \$250
- Otro copago (análisis de sangre) \$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 del ejemplo | \$5,600 |
|-------------------------|---------|
|-------------------------|---------|

En este ejemplo, Joe pagaría:

| Costo compartido |       |
|------------------|-------|
| Deducibles       | \$0   |
| Copagos          | \$200 |
| Coseguro         | \$0   |

### Lo que no está cubierto

|                                    |              |
|------------------------------------|--------------|
| Limitaciones o exclusiones         | \$0          |
| <b>El total que Joe pagaría es</b> | <b>\$200</b> |

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

## Fractura simple de Mia

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

- El deducible general del plan \$0
- Copago para el especialista \$20
- Copago del hospital (instalaciones) \$250
- Otro copago (radiografía) \$0

### Este EJEMPLO incluye servicios como:

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

| Costo total del ejemplo | \$2,800 |
|-------------------------|---------|
|-------------------------|---------|

En este ejemplo, Mia pagaría:

| Costo compartido |       |
|------------------|-------|
| Deducibles       | \$0   |
| Copagos          | \$200 |
| Coseguro         | \$80  |

### Lo que no está cubierto

|                                    |              |
|------------------------------------|--------------|
| Limitaciones o exclusiones         | \$0          |
| <b>El total que Mia pagaría es</b> | <b>\$280</b> |

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

# NONDISCRIMINATION NOTICE

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc. (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 **1-800-777-7902 (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 or phone at: Kaiser Permanente, Appeals and Correspondence Department, Attn: Kaiser Civil Rights Coordinator, 2101 East Jefferson St., Rockville, MD 20852, telephone number: 1-800-777-7902.

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>.

## HELP IN YOUR LANGUAGE

**ATTENTION:** If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-777-7902 (TTY: 711)**.

አማርኛ (Amharic) ማስታወሻ: የሚገኘውን ቁጥር አማርኛ ካሸነ የተረጋግጧ እርዳታ ይፈጸማል፡ በንዑስ ልማት ተዘጋጀዋል፡ ምድ ማረከተለው ቅጽር ይደውሉ **1-800-777-7902 (TTY: 711)**.

العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-777-7902 (711 : TTY)**.

فارسی (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی گفتوگو می کنید، تصویلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با **1-800-777-7902 (711 : TTY)** تماس بگیرید.

**Français (French) ATTENTION:** Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-777-7902 (TTY : 711)**.

**Bàsóò à Wùdqù (Bassa) Dè qe nià ke dyéqé gbo:** O jú ké ዘ ተስፋዬ - wùdqù-po-nyò jú ní, nií, à wudu kà kò qò po-poò bēin ዘ gbo kpáa. Đá **1-800-777-7902 (TTY: 711)**

**বাংলা (Bengali) লক্ষ্য করুন:** যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পাতেনি, কোহতল দিঃখেচায় ভাষা সহায়ে পদ্দেতবা উপলব্ধ আতে। ফ়ার্মাণি করুনি **1-800-777-7902 (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 **1-800-777-7902 (TTY : 711)**。

**Naabéehó (Navajo) Díí baa akó nínízin:** Díí saad bee yánílti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'dé é ', t'áá jiik'eh, éí ná hóló , kojí' hódíílnih **1-800-777-7902 (TTY: 711)**.

**Deutsch (German) ACHTUNG:** Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-800-777-7902** (TTY: 711).

**ગુજરાતી (Gujarati) સચના:** જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિશ્ચિક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો **1-800-777-7902** (TTY: 711).

**Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole) ATANSYON:** Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **1-800-777-7902** (TTY: 711).

**हिन्दी (Hindi) ध्यान दें:** यदि आप दिनिंगी बोलते हैं तो आपके ललए मुफ्त में भाषा सियता सेवाएं उपलब्ध हैं। **1-800-777-7902** (TTY: 711) पर कॉल करें।

**Igbo (Igbo) NRUBAMA:** O bụru na i na asụ Igbo, orụ enyemaka asusụ, n'efu, diịri gi. Kpoo **1-800-777-7902** (TTY: 711).

**Italiano (Italian) ATTENZIONE:** In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero **1-800-777-7902** (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。 **1-800-777-7902** (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. **1-800-777-7902** (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

**Português (Portuguese) ATENÇÃO:** Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para **1-800-777-7902** (TTY: 711).

**Русский (Russian) ВНИМАНИЕ:** если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-777-7902** (TTY: 711).

**Español (Spanish) ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-777-7902** (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 **1-800-777-7902** (TTY: 711).

**ไทย (Thai) เรียน:** ภาษาไทย คุณสามารถใชบริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร **1-800-777-7902** (TTY: 711).

**اردو (Urdu) خبردار:** اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں سنبھال سکتے ہیں۔ کال کریں **1-800-777-7902** (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 **1-800-777-7902** (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 **1-800-777-7902** (TTY: 711).