

Benefits at a Glance

HMO Medical

UNITE HERE!
Staff Plan 173

Summary of Services and Cost Shares

Except in emergencies or for urgent care, non-Kaiser benefits are not covered. Benefits shown are for services through a Kaiser provider. Benefits provided under the Kaiser Plan follow the terms and conditions of an Evidence of Coverage (EOC). You may contact UNITE HERE HEALTH or Kaiser Permanente Member Services for a copy of your Plan's EOC.

Your cost share is the amount of the allowable charge for a covered service for which you are responsible. Cost shares are either copayments (a flat dollar amount) or coinsurance (a percentage of allowable charges).

Resumen de Servicios y Participación en los Costos

Excepto en emergencias o para visitas de centros de cuidados urgentes, beneficios fuera de la red Kaiser no están cubiertos.

Beneficios indicados son proporcionados para servicios dentro la red Kaiser. Los beneficios proporcionados bajo el plan de Kaiser cumplen con los términos y condiciones de la Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, o EOC). Puede comunicarse con el Departamento de Servicios a los Miembros de Kaiser Permanente o con UNITE HERE HEALTH para obtener una copia del EOC de su Plan.

Su participación en los costos son los cargos admisibles correspondientes a un servicio cubierto del que usted es responsable. La participación en los costos pueden ser copagos (un cargo fijo en dólares) o un coseguro (un porcentaje de los cargos admisibles).

Effective | Vigente a partir del: 03/01/2026



UNITE HERE
HEALTH

Find a network provider near you
Encuentre un proveedor de la red cerca de usted

www.kp.org

Kaiser HMO

Annual Deductible	\$0
Office Visits	HMO Network (You Pay)
Preventive Care Services	\$0
Primary Care Provider (PCP)	\$10 copay
Specialist	\$10 copay
Mental Health/Substance Abuse Treatment	\$10 copay individual visit \$5 group visit
Acupuncture: For treatment of nausea/pain only	\$10 copay
Telehealth	\$0
Emergency & Urgent Care	HMO Network (You Pay)
Urgent Care Center	\$10 copay
Emergency Room (ER)	\$150 copay (waived if admitted)
Ambulance	\$0

Kaiser HMO

Deducible anual	\$0
Visitas a la Clínica	HMO Network (Usted Paga)
Atención Preventiva	\$0
Médico de Atención Primaria* (PCP)	\$10 copago
Especialista	\$10 copago
Tratamiento de Salud Mental/ Abuso de Sustancias	\$10 copago individual visit \$5 group visit
Acupuntura: For treatment of nausea/pain only	\$10 copago
Telehealth	\$0
Servicios de Emergencia y Atención de Urgencias	HMO Network (Usted Paga)
Centro de Urgencias	\$10 copago
Sala de Emergencia (ER)	\$150 copago (eliminado si lo admiten)
Ambulancia	\$0

Need help? Call the Fund | ¿Necesita ayuda? Llame al Fondo

(833) 637-3519

<i>Inpatient Services</i>	<i>HMO Network (You Pay)</i>
Hospitalization: Includes mental health/substance abuse treatment	\$0
Skilled Nursing Facility: Limited to 100 days/ benefit period	\$0
<i>Outpatient Services</i>	<i>HMO Network (You Pay)</i>
Outpatient Surgery	\$10 copay
Physical and Occupational Therapy	\$10 copay
Speech Therapy	\$10 copay
Laboratory Services	\$0
Radiology (X-Ray, Ultrasound)	\$0
Imaging (CT, MRI, PET)	\$0
<i>Select Covered Services</i>	<i>HMO Network (You Pay)</i>
Diabetes Education	\$0
Home Health Care: Limited to 100 visits/year	\$0
Hospice Care	\$0
Medical Equipment for Home Use	\$0
Non-Network Services	Not covered
Out-of-Pocket Spending Limit: Copays and coinsurance you pay	\$1,500/person \$3,000/family
<i>Hearing Aid Benefit</i>	<i>What the plan pays</i>
You pay \$0	Plan pays up to \$3,000 per ear every 36 months

<i>Servicios con Hospitalización</i>	<i>HMO Network (Usted Paga)</i>
Hospitalización: Incluye tratamiento de salud mental/abuso de sustancias	\$0
Instalaciones de Enfermería Especializada: Limitado a 100 días/benefit period	\$0
<i>Servicios Ambulatorios</i>	<i>HMO Network (Usted Paga)</i>
Cirugía Ambulatoria	\$10 copago
Terapia Física o Ocupacional	\$0
Terapia del Habla	\$0
Servicios de Laboratorio	\$0
Radiología (Rayos X, Ultrasonido)	\$0
Exámenes por Imágenes (CT, MRI, PET)	\$0
<i>Servicios con Cobertura Selectos</i>	<i>HMO Network (Usted Paga)</i>
Educación sobre la Diabetes	\$0
Atención a la Salud en el Hogar: Limitado a 100 visitas/año	\$0
Cuidados Paliativos (Hospicio)	\$0
Equipo Médico para Uso en el Hogar	\$0
Servicios Fuera de la Red	no están cubiertos
Límite de Gastos de Bolsillo: Copagos y coseguro que paga	\$1,500/persona \$3,000/familia

<i>Beneficio de aparatos auditivos</i>	<i>Qué paga el Plan</i>
Usted paga \$0	El plan paga hasta \$3,000 por oído cada 36 meses

This is an easy-to-read summary and does not include all benefits. If there is a conflict between this summary and your plan documents, then your plan documents are correct. For more details about your benefits or to find out which treatments/ services require prior authorization, please refer to your Summary Plan Description (SPD) or call us.

Este es un resumen fácil de leer y no incluye todos los beneficios. Si hay conflicto entre este resumen y los documentos de su plan, entonces los documentos de su plan son los correctos. Para obtener más detalles sobre los beneficios o para informarse sobre cuáles tratamientos/ servicios requieren autorización previa, por favor consulte la Descripción resumida del plan (Summary Plan Description o SPD) o llámenos.

HMO Prescription Drug

UNITE HERE!
Staff Plan 173

Choosing your prescription drugs

- Kaiser Permanente has a drug formulary, or a list of preferred drugs, to help your doctor pick the right drug for you. You can find the most current version of the drug formulary online at www.kp.org/formulary.
- Stay on top of your care at www.kp.org. You can view your medical record, refill most prescriptions, schedule routine appointments, and more.
- Access many of the features on kp.org with the Kaiser Permanente mobile app. Learn more at www.kp.org/mobile.

Elegir sus medicamentos recetados

- Kaiser Permanente tiene un recetario de medicamentos, o una lista de medicamentos preferidos para ayudar a su médico a elegir el medicamento adecuado para usted. Puede encontrar la versión más actualizada del recetario de medicamentos en línea en www.kp.org/formulary.
- Manténgase al tanto de su salud en www.kp.org/espanol. Puede ver su historia clínica, resurtir la mayoría de sus medicamentos recetados, programar citas de rutina y más.
- Acceda a muchas de las funciones de kp.org/espanol con la aplicación de Kaiser Permanente. Obtenga más formación en www.kp.org/movil.

Effective | Vigente a partir del: 03/01/2026



Find a network pharmacy near you

Encuentre una farmacia dentro de la red cerca de usted

www.kp.org

Kaiser HMO	Your cost for each fill or refill	
Only available at Kaiser pharmacies	Retail (up to a 30-day supply)	Mail Order (up to a 100-day supply)
Generic Drugs	\$10 copay	\$20 copay
Brand Name Drugs	\$25 copay	\$50 copay
Specialty Drugs	\$25 copay	Availability varies by item

Kaiser HMO	Su costo por cada abastecimiento o reabastecimiento	
Sólo disponibles en farmacias Kaiser	Minorista (Suministros de hasta 30 días)	Pedidos por Correo (Suministros de hasta 100 días)
Medicamentos Genéricos	\$10 copago	\$20 copago
Medicamentos de Marca	\$25 copago	\$50 copago
Medicamentos Especializados	\$25 copago	La disponibilidad varía según el artículo

This is an easy-to-read summary and does not include all benefits. If there is a conflict between this summary and your plan documents, then your plan documents are correct. For more details about your benefits or to find out which treatments/services require prior authorization, please refer to your Summary Plan Description (SPD) or call us.

Este es un resumen fácil de leer y no incluye todos los beneficios. Si hay conflicto entre este resumen y los documentos de su plan, entonces los documentos de su plan son los correctos. Para obtener más detalles sobre los beneficios o para informarse sobre cuáles tratamientos/servicios requieren autorización previa, por favor consulte la Descripción resumida del plan (Summary Plan Description o SPD) o llámenos.

Need help? Call the Fund | ¿Necesita ayuda? Llame al Fondo

(833) 637-3519