



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 o llame al 1-800-788-0710 (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 1-800-788-0710 (TTY: 711) para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deducible</u> total?	Nivel de <u>proveedor participante</u> : \$2,250 por individuo/\$4,500 por familia. Nivel de <u>proveedor no participante</u> : \$4,500 por individuo/\$9,000 por familia	En general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta la cantidad <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si usted tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada uno debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos del <u>deducible</u> que pagaron todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> general de la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí. La <u>atención preventiva</u> y los servicios que se indican en la tabla que comienza en la página 2.	Este <u>plan</u> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <u>deducible</u> . Sin embargo, se podría aplicar un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos sin costos compartidos</u> antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos cubiertos</u> en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	Sí. \$300 por individuo/\$600 por familia para <u>medicamentos de marca</u> y <u>especializados con receta médica</u> . No hay otros <u>deducibles</u> específicos.	Debe pagar todos los costos de estos servicios hasta la cantidad específica de <u>deducible</u> , antes de que este <u>plan</u> comience a pagar estos servicios.
¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Nivel de <u>proveedor participante</u> : \$8,200 por individuo/\$16,400 por familia. Nivel de <u>proveedor no participante</u> : \$16,400 por individuo/\$32,800 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> , las penalizaciones por certificación previa, los cargos por <u>facturación de saldo</u> y los servicios de atención médica que no cubre este <u>plan</u> se indican en la tabla que comienza en la página 2.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u> , visite www.kp.org/kpic/ppo o llame al 1-800-788-0710 (TTY: 711).	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> que esté incluido en la <u>red del plan</u> . Pagará más si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su <u>plan</u> paga (<u>facturación de saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <u>derivación</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que usted elija sin una <u>derivación</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 Nivel de proveedor participante (Usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará Nivel de proveedor no participante (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$55 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$90 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Atención preventiva/ evaluación/vacunas</u>	Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica	40% de <u>coseguro</u> , el <u>deducible</u> no se aplica	Los exámenes físicos de rutina no están cubiertos para los <u>proveedores no participantes</u> . Usted tendrá que pagar por los servicios que no son <u>preventivos</u> . Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son <u>preventivos</u> . Luego, consulte lo que su <u>plan</u> pagará.
Si se realiza un examen	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	Radiografías: \$90 por prueba, el <u>deducible</u> no se aplica. Pruebas de laboratorio: \$55 por prueba, el <u>deducible</u> no se aplica.	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	\$300 por procedimiento	40% de <u>coseguro</u>	Es necesaria una certificación previa. No tener una certificación previa puede ocasionar una penalización de hasta \$500.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Nivel de proveedor participante (Usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará Nivel de proveedor no participante (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en www.kp.org/kpic/ppo	Medicamentos genéricos	MedImpact: \$17 por <u>receta médica</u> (al por menor); \$34 por <u>receta médica</u> (orden por correo), el <u>deducible</u> no se aplica	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días al por menor o un suministro de 100 días en orden por correo (servicio de entrega a domicilio de Walgreens). Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> . Los anticonceptivos no tienen costo.
	Medicamentos de marca preferidos	MedImpact: \$80 por <u>receta médica</u> (al por menor); \$160 por <u>receta médica</u> (orden por correo), después del <u>deducible</u> de los medicamentos	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días al por menor o un suministro de 100 días en orden por correo (servicio de entrega a domicilio de Walgreens). Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> . Los anticonceptivos no tienen costo.
	Medicamentos de marca no preferidos	MedImpact: \$80 por <u>receta médica</u> (al por menor); \$160 por <u>receta médica</u> (orden por correo), después del <u>deducible</u> de los medicamentos	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días al por menor o un suministro de 100 días en orden por correo (servicio de entrega a domicilio de Walgreens). Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> . Los anticonceptivos no tienen costo.
	<u>Medicamentos de especialidad</u>	MedImpact: 30% de <u>coseguro</u> hasta \$250 por <u>receta médica</u> , después del <u>deducible</u> de los medicamentos	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días al por menor. Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> .
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	30% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Es necesaria una certificación previa. No tener una certificación previa puede ocasionar una penalización de hasta \$500.
	Tarifas del médico/cirujano	30% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Es necesaria una certificación previa. No tener una certificación previa puede ocasionar una penalización de hasta \$500.
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la Sala de Emergencias</u>	30% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	No se aplica el <u>coseguro</u> si ingresó al hospital como paciente hospitalizado.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	30% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Atención de urgencia</u>	\$55 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Nivel de proveedor participante (Usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará Nivel de proveedor no participante (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	30% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Es necesaria una certificación previa (excepto para emergencias u hospitalizaciones después de una mastectomía o cirugía de ganglios linfáticos). No tener una certificación previa puede ocasionar una penalización de hasta \$500.
	Tarifas del médico/cirujano	30% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Es necesaria una certificación previa (excepto para emergencias u hospitalizaciones después de una mastectomía o cirugía de ganglios linfáticos). No tener una certificación previa puede ocasionar una penalización de hasta \$500.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$55 por visita individual, el <u>deducible</u> no se aplica. Los demás servicios para pacientes ambulatorios no tienen costo, el <u>deducible</u> no se aplica.	40% de <u>coseguro</u>	<u>Proveedor participante</u> : \$27 por visita grupal, el <u>deducible</u> no se aplica
	Servicios para pacientes hospitalizados	30% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Es necesaria una certificación previa (no se aplica a las admisiones y los servicios de emergencia). No tener una certificación previa puede ocasionar una penalización de hasta \$500.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica	40% de <u>coseguro</u> , el <u>deducible</u> no se aplica.	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	30% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	30% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Es necesaria una certificación previa (para las hospitalizaciones por maternidad que superen las 48 horas después de un parto vaginal o las 96 horas después de una cesárea). No tener una certificación previa puede ocasionar una penalización de hasta \$500.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Nivel de proveedor participante (Usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará Nivel de proveedor no participante (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Atención médica en el hogar</u>	\$45 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica	40% de <u>coseguro</u>	Hasta 100 visitas combinadas por año. (El límite no se aplica a las visitas de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla, ni a los tratamientos de salud mental y de trastornos por abuso de sustancias). Es necesaria una certificación previa. No tener una certificación previa puede ocasionar una penalización de hasta \$500.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Paciente ambulatorio: \$55 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica. Paciente hospitalizado: 30% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Es necesaria una certificación previa. No tener una certificación previa puede ocasionar una penalización de hasta \$500.
	<u>Servicios de habilitación</u>	Paciente ambulatorio: \$55 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica. Paciente hospitalizado: 30% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Es necesaria una certificación previa. No tener una certificación previa puede ocasionar una penalización de hasta \$500.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	30% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Hasta 100 días por periodo de beneficios. Es necesaria una certificación previa. (El límite de días no se aplica a los tratamientos <u>médicamente necesarios</u> de salud mental y de trastornos por abuso de sustancias). No tener una certificación previa puede ocasionar una penalización de hasta \$500.
	<u>Equipo médico duradero</u>	30% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Hasta un límite de \$2,000 por año para ciertos productos. Es necesaria una certificación previa. No tener una certificación previa puede ocasionar una penalización de hasta \$500.
	<u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u>	Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica	Sin costo	Limitado a 1 examen por año
	Anteojos para niños	Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica	20% de <u>coseguro</u>	Limitado a 1 par de anteojos por año, de armazones y lentes seleccionados.
	Control dental para niños	Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica	Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica	Limitado a 2 controles por año

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).

- Atención quiropráctica
- Cirugía estética
- Atención dental (adultos)
- Audífonos
- Cuidados a largo plazo
- Atención que no sea de emergencia cuando viaje 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).

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Tratamiento para la infertilidad (límite de \$1,000 por año)
- Cuidado de los ojos de rutina (adultos)

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

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

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

Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente	1-800-788-0710 (TTY: 711) o www.kp.org/memberservices
Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos	1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa/healthreform
Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros	1-877-267-2323 extensión 61565 o www.cciio.cms.gov
Departamento de Seguros de California	1-800-927-4357 o www.insurance.ca.gov

¿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 1-800-788-0710 (TTY: 711)

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-788-0710 (TTY: 711)

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-788-0710 (TTY: 711)

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijjigo holne' 1-800-788-0710 (TTY: 711)

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

El PPO Plan está garantizado por Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC), una subsidiaria de Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP).

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 deducible general del plan \$2,250
- Copago para el especialista \$90
- Coseguro del hospital (establecimiento) 30%
- Otro copago (análisis de sangre) \$55

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

Costo total del ejemplo	\$12,700
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$2,250
<u>Copagos</u>	\$300
<u>Coseguro</u>	\$1,900
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$50
El total que Peg pagaría es	\$4,500

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

- El deducible general del plan \$2,250
- Copago para el especialista \$90
- Coseguro del hospital (establecimiento) 30%
- Otro copago (análisis de sangre) \$55

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

Costo total del ejemplo	\$5,600
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$300
<u>Copagos</u>	\$1,700
<u>Coseguro</u>	\$200
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$2,200

Fractura simple de Mía

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

- El deducible general del plan \$2,250
- Copago para el especialista \$90
- Coseguro del hospital (establecimiento) 30%
- Otro copago (radiografía) \$90

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Atención en la Sala de Emergencias (*incluye suministros médicos*)
Exámenes de diagnóstico (*radiografías*)
Equipo médico duradero (*muletas*)
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

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

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$1,300
<u>Copagos</u>	\$600
<u>Coseguro</u>	\$90
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,990

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



KAISER PERMANENTE.

Kaiser Permanente Insurance Company

Non-English Summary of Benefits and Coverage Notice

The English version of the Summary of Benefits and Coverage (SBC) is the official version. The foreign language version is for informational purposes only. You can request an English version of this SBC from your employer or by calling **1-800-788-0710** or **1-800-777-1370 (TTY)**.

Aviso sobre el Resumen de Beneficios y Cobertura en un idioma distinto al inglés

La versión oficial del *Resumen de Beneficios y Cobertura* (SBC) es la que está en inglés. La versión en otro idioma es solamente para fines informativos. Puede solicitar a su empleador la versión en inglés de este SBC o llamar al **1-800-788-0710** o al **1-800-777-1370** (línea TTY).

非英文版福利和承保範圍摘要公告

英文版福利和承保範圍摘要(SBC)為正式版本。外文版本僅供參考使用。您可向僱主索取一份英文版SBC, 或致電**1-800-788-0710**或**1-800-777-1370 (TTY)**索取。

Nondiscrimination Notice

Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC) does not discriminate based on race, color, national origin, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, or disability.

Language assistance services are available from our Member Services Contact Center 24 hours a day, seven days a week (except closed holidays). We can provide no cost aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as: qualified sign language interpreters and written information in other formats; large print, audio, and accessible electronic formats. We also provide no cost language services to people whose primary language is not English, such as: qualified interpreters and information written in other languages. To request these services, please call **1-800-464-4000** (TTY users call **711**).

If you believe that KPIC failed to provide these services or there is a concern of discrimination based on race, color, national origin, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, or disability you can file a complaint by phone or mail with the KPIC Civil Rights Coordinator. If you need help filing a grievance, the KPIC Civil Rights Coordinator is able to help you.

**KPIC Civil Rights Coordinator
Grievance 1557
5855 Copley Drive, Suite 250
San Diego, CA 92111
1-888-251-7052**

You may also contact the California Department of Insurance regarding your complaint.

**By Phone:
California Department of Insurance
1-800-927-HELP
(1-800-927-4357)
TDD: 1-800-482-4TDD
(1-800-482-4833)**

**By Mail:
California Department of Insurance
Consumer Communications Bureau
300 S. Spring Street
Los Angeles, CA 90013**

**Electronically:
www.insurance.ca.gov**

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights if there is a concern of discrimination based on race, color, national origin, age, disability, or sex. You can file the complaint 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>.



KAISER PERMANENTE.

**Kaiser Permanente Insurance Company
Notice of Language Assistance**

No Cost Language Services. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card or 1-800-464-4000. For more help call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357. TTY users call 711. English

Servicios en otros idiomas sin ningún costo. Puede conseguir un intérprete. Puede conseguir que le lean los documentos y que algunos se le envíen en su idioma. Para obtener ayuda, llámenos al número que aparece en su tarjeta de identificación o al 1-800-464-4000. Para obtener más ayuda, llame al Departamento de Seguro de CA al 1-800-927-4357. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 711. Spanish

免費語言服務。 您可使用口譯員。您可請人將文件唸給您聽，且您可請我們將您語言版本的部分文件寄給您。如需協助，請致電列於會員卡上的電話號碼或致電 1-800-464-4000 與我們聯絡。如需進一步協助，請致電 1-800-927-4357 與加州保險局聯絡。聽障及語障電話專線使用者請致電 711。Chinese

No Cost Language Services. You can get an interpreter and get documents read to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card or 1-800-464-4000. For more help call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357. TTY users call 711. English

Doo bik'é azláágo Saad Bee Áká Aná'álwo'. Ata' halne'í ná shóidoot'eet. Nizaad bee naaltsos nich'í' yídóoltah Shiká i'doolwoł nínízingo éi béesh bee hodílnih, naaltsos bee nééhózinígíi bik'ehgo hane'í bikáá' éi doodago koji' hodílnih 1-800-464-4000. Náána lahgo áldó' shiká i'doolwoł nínízingo koji' hodílnih CA Dept. of Insurance bik'ehgo hane'í éi 1-800-927-4357. TTY chodayooł'ígíi éi díi 711. Navajo

Dịch vụ về ngôn ngữ miễn phí. Quý vị có thể được cấp thông dịch viên và được người đọc giấy tờ, tài liệu bằng ngôn ngữ quý vị dùng cho quý vị nghe. Để được giúp đỡ, xin gọi chúng tôi theo số điện thoại ghi trên thẻ ID hội viên hoặc số 1-800-464-4000. Để được giúp đỡ thêm, vui lòng gọi Bộ Bảo hiểm CA theo số 1-800-927-4357. Người sử dụng TTY gọi số 711. Vietnamese

무료 언어 서비스. 한국어 통역 서비스 및 한국어로 서류를 낭독해 드리는 서비스를 제공하고 있습니다. 도움이 필요하신 분은 귀하의 ID 카드에 나와 있는 전화번호 또는 1-800-464-4000 번으로 문의하십시오. 보다 자세한 사항은 캘리포니아 주 보험국, 전화번호 1-800-927-4357 번으로 문의하십시오. TTY 사용자 번호 711. Korean

Mga Libreng Serbisyo kaugnay sa Wika. Maaari kayong kumuha ng tagasalin-wika at hingin na basahin sa inyo ang mga dokumento sa sarili ninyong wika. Para humingi ng tulong, tawagan kami sa numerong nakasulat sa inyong ID card o sa 1-800-464-4000. Para sa karagdagang tulong tawagan ang CA Dept. of Insurance sa 1-800-927-4357. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711. Tagalog

Անվճար լեզվական ծառայություններ: Դուք կարող եք օգտվել բանավոր թարգմանչի ծառայություններից և խնդրել, որ փաստաթղթերը Ձեր լեզվով կարդան Ձեզ համար: Օգնության համար զանգահարեք մեզ՝ Ձեր ID քարտի վրա նշված կամ 1-800-464-4000 հեռախոսահամարով: Լրացուցիչ օգնության համար զանգահարեք Կալիֆոռնիայի ապահովագրության դեպարտամենտ՝ 1-800-927-4357 հեռախոսահամարով: TTY -ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 711: Armenian

Бесплатные услуги языкового перевода. Вы можете воспользоваться услугами переводчика, при этом документы могут быть зачитаны Вам на Вашем языке. Чтобы получить помощь, позвоните нам по телефону, указанному в Вашей идентификационной карточке участника, или 1-800-464-4000. За дополнительной помощью обращайтесь в Департамент страхования штата Калифорния (CA Dept. of Insurance) по телефону 1-800-927-4357. Пользователи TTY, звоните по номеру 711. Russian

無料の言語サービス。 通訳に依頼して、日本語で書類を読んでもらうことができます。通訳サービスが必要な際は、IDカードに記載の番号、または 1-800-464-4000 にお電話ください。さらにヘルプが必要な場合は、カリフォルニア州保険庁（1-800-927-4357）にお電話ください。TTY ユーザーの方は、711 にお電話ください。Japanese

خدمات زبان به صورت رایگان. می توانید از خدمات مترجم شفاهی بهره مند شوید و ترتیب خواندن متن ها برای شما به زبان خودتان را بدهید. برای دریافت کمک و راهنمایی، با ما به شماره ای که روی کارت شناسایی شما قید شده یا 1-800-464-4000 تماس بگیرید. برای دریافت کمک و راهنمایی بیشتر با اداره بیمه کالیفرنیا به شماره 1-800-927-4357 تماس بگیرید. کاربران TTY با شماره 711 تماس حاصل نمایند. Persian

ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਬਾਰੀਏ ਦੀ ਸੇਵਾ ਹਾਸਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਤੁਹਾਡੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਜਾਂ 1-800-464-4000 'ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। ਵਧੇਰੇ ਮਦਦ ਲਈ, ਕੈਲੀਫ਼ੋਰਨੀਆਂ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਆਫ਼ ਇਨਸੂਰੈਂਸ ਨੂੰ 1-800-927-4357 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। TTY ਦੇ ਉਪਯੋਗਕਰਤਾ 711 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। Punjabi

សេវាភាសាឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកអាចទទួលបានសេវាបកប្រែបាន និងឱ្យគេអានឯកសារជូនអ្នក ជាភាសាខ្មែរ។ សំរាប់ជំនួយ សូមទូរស័ព្ទមកលើតាមលេខដែលមាននៅលើប័ណ្ណ ID របស់អ្នក ឬ 1-800-464-4000។ សំរាប់ជំនួយថែមទៀត ទូរស័ព្ទទៅក្រសួងធានារ៉ាប់រងរដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា តាមលេខ 1-800-927-4357។ អ្នកប្រើ TTY ហៅលេខ 711។ Khmer

خدمات ترجمة بدون تكلفة. يمكنك الحصول على مترجم وقراءة الوثائق لك باللغة العربية. للحصول على المساعدة، اتصل بنا على الرقم المبين على بطاقة عضويتك أو على الرقم 1-800-464-4000. للحصول على مزيد من المعلومات اتصل بإدارة التأمين لولاية كاليفورنيا على الرقم 1-800-927-4357. لمستخدمي خدمة الهاتف النصي يرجى الاتصال على 711. Arabic

Cov Kev Pab Txhais Lus Tsis Raug Nqi Dab Tsi Koj muaj tau ib tug neeg txhais lus thiabhais tau kom nyeem cov ntaub ntawv ua koj hom lus rau koj. Xav tau kev pab, hu rau peb ntawm tus xov toojteev muaj nyob rau ntawm koj daim yuaj ID los yog 1-800-464-4000. Xav tau kev pab ntxiv hu rau CA Tuam Tsev Tswj Kev Pov Hwm ntawm 1-800-927-4357. Cov neeg siv TTY hu rau 711. Hmong

मुफ्त भाषा सेवाएँ आप एक दुभाषिया प्राप्त कर सकते हैं और आपको दस्तावेज़ आपकी भाषा में पढ़ कर सुनाए जा सकते हैं। सहायता के लिए, अपने आईडी कार्ड पर दिये नम्बर या 1-800-464-4000 पर हमें फोन करें। अधिक सहायता के लिए कैलिफ़ोर्निया डिपार्टमेंट ऑफ़ इंशूरेंस को 1-800-927-4357 पर फोन करें। TTY प्रयोक्ता 711 पर फोन करें। Hindi

บริการด้านภาษาที่ไม่คิดค่าบริการ คุณสามารถขอรับบริการล่ามแปลภาษาและขอให้อ่านเอกสารให้คุณฟังเป็นภาษาของคุณได้ หากต้องการความช่วยเหลือ โปรดโทรติดต่อหาเราตามหมายเลขที่ระบุอยู่บนบัตร ID ของคุณหรือหมายเลข 1-800-464-4000 หากต้องการความช่วยเหลือในเรื่องอื่นๆ เพิ่มเติม โปรดโทรติดต่อฝ่ายประกันโรคมะเร็งที่หมายเลข 1-800-927-4357 ผู้ใช้ TTY โปรดโทรไปที่หมายเลข 711. Thai



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 www.kp.org/plandocuments or call 1-800-788-0710 (TTY: 711). For general definitions of common terms, such as [allowed amount](#), [balance billing](#), [coinsurance](#), [copayment](#), [deductible](#), [provider](#), or other underlined terms, see the Glossary. You can view the Glossary at www.healthcare.gov/sbc-glossary or call 1-800-788-0710 (TTY: 711) to request a copy.

Important Questions	Answers	Why This Matters:
What is the overall deductible ?	Participating Provider Tier: \$2,250 Individual / \$4,500 Family. Non-Participating Provider Tier: \$4,500 Individual / \$9,000 Family	Generally, you must pay all of the costs from providers up to the deductible amount before this plan begins to pay. If you have other family members on the plan , each family member must meet their own individual deductible until the total amount of deductible expenses paid by all family members meets the overall family deductible .
Are there services covered before you meet your deductible ?	Yes. Preventive care and services indicated in chart starting on page 2.	This plan covers some items and services even if you haven't yet met the deductible amount. But a copayment or coinsurance may apply. For example, this plan covers certain preventive services without cost-sharing and before you meet your deductible . See a list of covered preventive services at https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
Are there other deductibles for specific services?	Yes. \$300 Individual / \$600 Family for brand and specialty prescription drugs . There are no other specific deductibles .	You must pay all of the costs for these services up to the specific deductible amount before this plan begins to pay for these services.
What is the out-of-pocket limit for this plan ?	Participating Provider Tier: \$8,200 Individual / \$16,400 Family. Non-Participating Provider Tier: \$16,400 Individual / \$32,800 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 , precertification penalties, balance billing charges, and health care services this plan doesn't cover, indicated in chart starting on page 2.	Even though you pay these expenses, they don't count toward the out-of-pocket limit .
Will you pay less if you use a network provider ?	Yes. See www.kp.org/kpic/ppo or call 1-800-788-0710 (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 ?	No.	You can see the specialist you choose without a referral .



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		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Participating Provider Tier (You will pay the least)	Non-Participating Provider Tier (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	\$55 / visit, deductible does not apply	40% coinsurance	None
	Specialist visit	\$90 / visit, deductible does not apply	40% coinsurance	None.
	Preventive care/screening/ Immunization	No charge, deductible does not apply	40% coinsurance , deductible does not apply	Routine physical exams are not covered for Non-Participating Provider . 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)	X-ray: \$90 / test, deductible does not apply. Lab tests: \$55 / test, deductible does not apply.	40% coinsurance	None.
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	\$300 / procedure	40% coinsurance	Precertification required. Failure to precertify may result in a penalty of up to \$500.
If you need drugs to treat your illness or condition More information about prescription drug coverage is available at www.kp.org/kpic/ppo	Generic drugs	MedImpact: \$17 / prescription (retail), \$34/ prescription (mail order), deductible does not apply	Not covered	Up to a 30-day supply retail or 100-day supply mail order (Walgreens' home delivery). Subject to formulary guidelines. No charge for contraceptives.
	Preferred brand drugs	MedImpact: \$80 / prescription (retail), \$160 / prescription (mail order), after drug deductible	Not covered	Up to a 30-day supply retail or 100-day supply mail order (Walgreens' home delivery). Subject to formulary guidelines. No charge for contraceptives.
	Non-preferred brand drugs	MedImpact: \$80 / prescription (retail), \$160 / prescription (mail order), after drug deductible	Not covered	Up to a 30-day supply retail or 100-day supply mail order (Walgreens' home delivery). Subject to formulary guidelines. No charge for contraceptives.
	Specialty drugs	MedImpact: 30% coinsurance up to \$250 / prescription , after drug deductible	Not covered	Up to a 30-day supply retail. Subject to formulary guidelines.
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	30% coinsurance	40% coinsurance	Precertification required. Failure to precertify may result in a penalty of up to \$500.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Participating Provider Tier (You will pay the least)	Non-Participating Provider Tier (You will pay the most)	
	Physician/surgeon fees	30% coinsurance	40% coinsurance	Precertification required. Failure to precertify may result in a penalty of up to \$500.
If you need immediate medical attention	Emergency room care	30% coinsurance	30% coinsurance	Coinsurance waived if admitted to hospital as inpatient.
	Emergency medical transportation	30% coinsurance	30% coinsurance	None.
	Urgent care	\$55 / visit, deductible does not apply	40% coinsurance	None.
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	30% coinsurance	40% coinsurance	Precertification required (except for emergencies, or length of stay following mastectomy/lymph node surgeries). Failure to precertify may result in a penalty of up to \$500.
	Physician/surgeon fees	30% coinsurance	40% coinsurance	Precertification required (except for emergencies, or length of stay following mastectomy/lymph node surgeries). Failure to precertify may result in a penalty of up to \$500.
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	\$55 / individual visit, deductible does not apply. No charge for other outpatient services, deductible does not apply.	40% coinsurance	Participating Provider : \$27 / group visit, deductible does not apply
	Inpatient services	30% coinsurance	40% coinsurance	Precertification required (does not apply to emergency admissions and services). Failure to precertify may result in a penalty of up to \$500.
If you are pregnant	Office visits	No charge, deductible does not apply	40% coinsurance , deductible does not apply.	Depending on the type of services, a copayment , coinsurance , or deductible may apply. Maternity care may include tests and services described elsewhere in the SBC (i.e. ultrasound.)
	Childbirth/delivery professional services	30% coinsurance	40% coinsurance	None.
	Childbirth/delivery facility services	30% coinsurance	40% coinsurance	Precertification required (for maternity admission stays exceeding 48/96 hours for vaginal/caesarean deliveries). Failure to precertify may result in a penalty of up to \$500.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Participating Provider Tier (You will pay the least)	Non-Participating Provider Tier (You will pay the most)	
If you need help recovering or have other special health needs	Home health care	\$45 / visit, deductible does not apply	40% coinsurance	Up to 100 visits combined / year. (Limit does not apply to physical, occupational, and speech therapy visits or to treatment of Mental Health and Substance Use Disorders). Precertification required. Failure to precertify may result in a penalty of up to \$500.
	Rehabilitation services	Outpatient: \$55 / visit, deductible does not apply. Inpatient: 30% coinsurance	40% coinsurance	Precertification required. Failure to precertify may result in a penalty of up to \$500.
	Habilitation services	Outpatient: \$55 / visit, deductible does not apply Inpatient: 30% coinsurance	40% coinsurance	Precertification required. Failure to precertify may result in a penalty of up to \$500.
	Skilled nursing care	30% coinsurance	40% coinsurance	Up to 100 days / benefit period. Precertification required. (The day maximum does not apply to medically necessary treatment of Mental Health and Substance Use Disorders). Failure to precertify may result in a penalty of up to \$500.
	Durable medical equipment	30% coinsurance	40% coinsurance	Up to \$2,000 limit / year for certain items. Precertification required. Failure to precertify may result in a penalty of up to \$500.
	Hospice services	No charge, deductible does not apply	40% coinsurance	None
If your child needs dental or eye care	Children's eye exam	No charge, deductible does not apply	No charge	Limited to 1 exam / year
	Children's glasses	No charge, deductible does not apply	20% coinsurance	Limited to 1 pair of glasses/year from select frames and lenses.
	Children's dental check-up	No charge, deductible does not apply	No charge, deductible does not apply	Limited to 2 check-ups / year

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"> • Chiropractic care • Cosmetic surgery • Dental care (Adult) 	<ul style="list-style-type: none"> • Hearing aids • Long-term care • Non-emergency care when traveling outside the U.S 	<ul style="list-style-type: none"> • Private-duty nursing • Routine foot care • Weight loss programs

Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list. Please see your [plan](#) document.)

- Acupuncture
- Bariatric surgery
- Infertility treatment (\$1,000 limit / year)
- Routine eye care (Adult)

Your Rights to Continue Coverage: There are agencies that can help if you want to continue your coverage after it ends. The contact information for those agencies is shown in the chart below. Other coverage options may be available to you, too, including buying individual insurance coverage through the [Health Insurance Marketplace](#). For more information about the [Marketplace](#), visit www.HealthCare.gov or call 1-800-318-2596.

Your Grievance and Appeals Rights: There are agencies that can help if you have a complaint against your [plan](#) for a denial of a [claim](#). This complaint is called a [grievance](#) or [appeal](#). For more information about your rights, look at the explanation of benefits you will receive for that medical [claim](#). Your [plan](#) documents also provide complete information on how to submit a [claim](#), [appeal](#), or a [grievance](#) for any reason to your [plan](#). For more information about your rights, this notice, or assistance, contact the agencies in the chart below.

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

Kaiser Permanente Member Services	1-800-788-0710 (TTY: 711) or www.kp.org/memberservices
Department of Labor's Employee Benefits Security Administration	1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform
Department of Health & Human Services, Center for Consumer Information & Insurance Oversight	1-877-267-2323 x61565 or www.cciio.cms.gov
California Department of Insurance	1-800-927-HELP (4357) or www.insurance.ca.gov

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 1-800-788-0710 (TTY: 711)

[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-788-0710 (TTY: 711).

[Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码1-800-788-0710 (TTY: 711)

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-788-0710 (TTY: 711)

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

The PPO Plan is underwritten by Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC), a subsidiary of Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP)

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	\$2,250
■ Specialist copayment	\$90
■ Hospital (facility) coinsurance	30%
■ Other (blood work) copayment	\$55

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

Deductibles	\$2250
Copayments	\$300
Coinsurance	\$1900

What isn't covered

Limits or exclusions	\$50
----------------------	------

The total Peg would pay is	\$4500
-----------------------------------	---------------

Managing Joe's Type 2 Diabetes (a

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

■ The plan's overall deductible	\$2,250
■ Specialist copayment	\$90
■ Hospital (facility) coinsurance	30%
■ Other (blood work) copayment	\$55

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

Deductibles	\$300
Copayments	\$1700
Coinsurance	\$200

What isn't covered

Limits or exclusions	\$0
----------------------	-----

The total Joe would pay is	\$2200
-----------------------------------	---------------

Mia's Simple Fracture

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

■ The plan's overall deductible	\$2,250
■ Specialist copayment	\$90
■ Hospital (facility) coinsurance	30%
■ Other (x-ray) copayment	\$90

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

Deductibles	\$1300
Copayments	\$600
Coinsurance	\$90

What isn't covered

Limits or exclusions	\$0
----------------------	-----

The total Mia would pay is	\$1990
-----------------------------------	---------------

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