



Tài liệu Tóm Lược Quyền Lợi và Bảo Hiểm (Summary of Benefits and Coverage, SBC) sẽ giúp quý vị chọn một chương trình bảo hiểm sức khỏe. SBC cho quý vị biết quý vị và chương trình sẽ chia sẻ chi phí như thế nào đối với những dịch vụ chăm sóc sức khỏe được đòi thò. LƯU Ý: Thông tin về chi phí của chương trình này (được gọi là phí bảo hiểm) sẽ được cung cấp riêng. Đây chỉ là phần tóm lược. Để biết thêm thông tin về bảo hiểm của quý vị hoặc để lấy bản sao của toàn bộ điều khoản bảo hiểm, vui lòng truy cập

www.kp.org/plandocuments hoặc gọi số 1-800-788-0710 (TTY: 711). Để biết định nghĩa chung của những thuật ngữ thông thường như số tiền được cho phép, lập hóa đơn số tiền chênh lệch, tiền đồng bảo hiểm, tiền đồng trả, tiền khấu trừ, nhà cung cấp hoặc các thuật ngữ được gạch dưới khác, hãy xem Bảng Chú Giải Thuật Ngữ. Quý vị có thể xem Bảng Chú Giải Thuật Ngữ tại www.healthcare.gov/sbc-glossary hoặc gọi số 1-800-788-0710 (TTY: 711) để yêu cầu một bản sao.

| Những Câu Hỏi Quan Trọng | Trả Lời | Tại Sao Điều Này Quan Trọng: |
|--|---|---|
| Tổng số tiền khấu trừ là bao nhiêu? | Bậc của <u>Nhà Cung Cấp Tham Gia Chương Trình</u> : \$6,300 Cá Nhân / \$12,600 Gia Đình. Bậc của <u>Nhà Cung Cấp Không Tham Gia Chương Trình</u> : \$12,600 Cá Nhân / \$25,200 Gia Đình | Thông thường, quý vị phải trả mọi chi phí từ các <u>nhà cung cấp</u> cho đến khi đạt đến số <u>tiền khấu trừ</u> trước khi <u>chương trình</u> này bắt đầu chi trả. Nếu quý vị có thành viên khác trong gia đình tham gia <u>chương trình</u> , mỗi thành viên trong gia đình phải đạt đến số <u>tiền khấu trừ</u> cá nhân của riêng mình cho đến khi tổng chi phí <u>tiền khấu trừ</u> được trả bởi mọi thành viên trong gia đình đạt đến tổng số <u>tiền khấu trừ</u> của gia đình. |
| Có dịch vụ được đòi thò trước khi quý vị đạt đến số tiền khấu trừ của mình không? | Có. <u>Dịch vụ chăm sóc phòng ngừa</u> và những dịch vụ được xác định trong bảng bắt đầu tại trang 2. | <u>Chương trình</u> này đòi thò một số vật dụng và dịch vụ ngay cả khi quý vị chưa đạt đến số <u>tiền khấu trừ</u> . Nhưng có thể áp dụng <u>tiền đồng trả</u> hoặc <u>tiền đồng bảo hiểm</u> . Ví dụ, <u>chương trình</u> này đòi thò một số <u>dịch vụ phòng ngừa</u> mà không có <u>khoản chia sẻ chi phí</u> và trước khi quý vị đạt đến số <u>tiền khấu trừ</u> của mình. Xem danh sách <u>dịch vụ phòng ngừa</u> được đòi thò tại https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ . |
| Có tiền khấu trừ khác cho những dịch vụ cụ thể không? | Có. \$500 Cá Nhân / \$1,000 Gia Đình cho thuốc theo toa. Không có <u>tiền khấu trừ</u> cụ thể nào khác. | Quý vị phải trả tất cả chi phí cho các dịch vụ này cho đến khi đạt đến số <u>tiền khấu trừ</u> cụ thể trước khi <u>chương trình</u> này bắt đầu thanh toán cho các dịch vụ này. |
| Mức giới hạn chi phí tự trả cho chương trình này là bao nhiêu? | Bậc của <u>Nhà Cung Cấp Tham Gia Chương Trình</u> : \$8,200 Cá Nhân / \$16,400 Gia Đình. Bậc của <u>Nhà Cung Cấp Không Tham Gia Chương Trình</u> : \$16,400 Cá Nhân / \$32,800 Gia Đình | <u>Mức giới hạn chi phí tự trả</u> là số tiền cao nhất mà quý vị có thể trả trong một năm cho những dịch vụ được đòi thò. Nếu quý vị có thành viên khác trong gia đình tham gia <u>chương trình</u> này, họ phải đạt đến các <u>mức giới hạn chi phí tự trả</u> của riêng mình cho đến khi đạt được tổng <u>mức giới hạn chi phí tự trả</u> của gia đình. |
| Những gì không bao gồm trong mức giới hạn chi phí tự trả? | <u>Phí bảo hiểm</u> , tiền phạt chứng nhận trước, <u>phí lập hóa đơn số tiền chênh lệch</u> và các dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà chương trình này không đòi thò, được thể hiện trong bảng bắt đầu tại trang 2. | Mặc dù quý vị trả những chi phí này, chúng không được tính vào <u>mức giới hạn chi phí tự trả</u> . |

| Những Câu Hỏi Quan Trọng | Trả Lời | Tại Sao Điều Này Quan Trọng: |
|---|---|---|
| Quý vị có trả ít hơn nếu quý vị sử dụng một nhà cung cấp trong mạng lưới không? | Có. Truy cập www.kp.org/kpic/ppo hoặc gọi số 1-800-788-0710 (TTY: 711) để biết danh sách các nhà cung cấp trong mạng lưới. | Chương trình này sử dụng một mạng lưới nhà cung cấp. Quý vị sẽ trả ít hơn nếu quý vị sử dụng một nhà cung cấp trong mạng lưới của chương trình. Quý vị sẽ trả nhiều nhất nếu quý vị sử dụng một nhà cung cấp ngoài mạng lưới và quý vị có thể nhận được một hóa đơn từ một nhà cung cấp về khoản chênh lệch giữa khoản phí của nhà cung cấp đó và số tiền mà chương trình của quý vị thanh toán (lập hóa đơn số tiền chênh lệch). Lưu ý, nhà cung cấp trong mạng lưới của quý vị có thể sử dụng một nhà cung cấp ngoài mạng lưới để cung cấp một số dịch vụ (như xét nghiệm). Kiểm tra với nhà cung cấp của quý vị trước khi quý vị nhận dịch vụ. |
| Quý vị có cần giấy giới thiệu để đến khám với bác sĩ chuyên khoa không? | Không. | Quý vị có thể thăm khám với bác sĩ chuyên khoa do quý vị chọn mà không cần giấy giới thiệu. |



Mọi chi phí **tiền đồng trả** và **tiền đồng bảo hiểm** được trình bày trong bảng này là sau khi quý vị đã đạt đến số **tiền khấu trừ** của mình, nếu có áp dụng **tiền khấu trừ**.

| Sự Kiện Y Khoa Thông Thường | Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần | Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Bậc của Nhà Cung Cấp Tham Gia Chương Trình (Quý vị sẽ trả mức ít nhất) | Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Bậc của Nhà Cung Cấp Không Tham Gia Chương Trình (Quý vị sẽ trả mức nhiều nhất) | Các Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác |
|---|---|--|---|---|
| Nếu quý vị đi khám tại văn phòng hoặc phòng khám của một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe | Thăm khám chăm sóc chính để điều trị chấn thương hay bệnh tật | \$65 / lần thăm khám | 100% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> | <u>Nhà Cung Cấp Tham Gia Chương Trình</u> : Miễn <u>tiền khấu trừ</u> cho ba dịch vụ chăm sóc chính không phòng ngừa, chăm sóc chuyên khoa, <u>chăm sóc khẩn cấp đầu tiên</u> . <u>Nhà Cung Cấp Không Tham Gia Chương Trình</u> : Tối đa bằng <u>mức giới hạn chi phí tự trả</u> . |
| | Khám với <u>bác sĩ chuyên khoa</u> | \$95 / lần thăm khám | 100% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> | <u>Nhà Cung Cấp Tham Gia Chương Trình</u> : Miễn <u>tiền khấu trừ</u> cho ba dịch vụ chăm sóc chính không phòng ngừa, chăm sóc chuyên khoa, <u>chăm sóc khẩn cấp đầu tiên</u> . <u>Nhà Cung Cấp Không Tham Gia Chương Trình</u> : Tối đa bằng <u>mức giới hạn chi phí tự trả</u> . |
| | <u>Chăm sóc phòng ngừa/khám sàng lọc/</u> Chủng ngừa | Miễn phí, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> | 40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> , không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> | Khám sức khỏe định kỳ không được đài thọ cho <u>Nhà Cung Cấp Không Tham Gia Chương Trình</u> . Quý vị có thể phải trả cho những dịch vụ không phải dịch vụ <u>phòng ngừa</u> . Hỏi <u>nhà cung cấp</u> của quý vị xem dịch vụ mà quý vị cần có phải là dịch vụ <u>phòng ngừa</u> không. Sau đó kiểm tra số tiền mà <u>chương trình</u> của quý vị sẽ trả. |

| Sự Kiện Y Khoa Thông Thường | Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần | Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Bậc của Nhà Cung Cấp Tham Gia Chương Trình (Quý vị sẽ trả mức ít nhất) | Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Bậc của Nhà Cung Cấp Không Tham Gia Chương Trình (Quý vị sẽ trả mức nhiều nhất) | Các Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác |
|--|--|---|---|---|
| Nếu quý vị được kiểm tra | <u>Kiểm tra chẩn đoán</u> (chụp X-quang, xét nghiệm máu) | Chụp X-quang: 40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> . Xét nghiệm: \$40 / lần thực hiện, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> | 100% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> | <u>Nhà Cung Cấp Không Tham Gia Chương Trình: Tối đa bằng mức giới hạn chi phí tự trả</u> |
| | Chụp hình (Chụp cắt lớp vi tính (Computed Tomography, CT)/ Chụp cắt lớp phát xạ positron, PET), Chụp cộng hưởng từ (Magnetic Resonance Imaging, MRI) | 40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> | 100% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> | <u>Nhà Cung Cấp Không Tham Gia Chương Trình: Tối đa bằng mức giới hạn chi phí tự trả</u> Bắt buộc phải xin chứng nhận trước. Việc không xin chứng nhận trước có thể bị phạt lên tới \$500. |
| Nếu quý vị cần thuốc để điều trị bệnh tật hay tình trạng của quý vị Thông tin bổ sung về bảo hiểm thuốc theo toa hiện có tại www.kp.org/kpic/ppo | Thuốc gốc | MedImpact: \$18 / toa thuốc (mua lẻ), \$36 / toa thuốc (đặt mua qua đường bưu điện), sau khi áp dụng <u>tiền khấu trừ thuốc</u> | Không được đài thọ | Lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày khi mua lẻ hoặc tối đa 100 ngày khi mua qua đường bưu điện (Dịch vụ giao hàng tận nhà của Walgreen). Tuân theo quy định trong <u>danh mục thuốc</u> . Miễn phí thuốc tránh thai. |
| | Thuốc biệt dược ưu tiên | MedImpact: 40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> , tối đa \$500 / toa thuốc, sau khi áp dụng <u>tiền khấu trừ thuốc</u> | Không được đài thọ | Lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày khi mua lẻ hoặc tối đa 100 ngày khi mua qua đường bưu điện (Dịch vụ giao hàng tận nhà của Walgreen). Tuân theo quy định trong <u>danh mục thuốc</u> . Miễn phí thuốc tránh thai. |
| | Thuốc biệt dược không ưu tiên | MedImpact: 40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> , tối đa \$500 / toa thuốc, sau khi áp dụng <u>tiền khấu trừ thuốc</u> | Không được đài thọ | Lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày khi mua lẻ hoặc tối đa 100 ngày khi mua qua đường bưu điện (Dịch vụ giao hàng tận nhà của Walgreen). Tuân theo quy định trong <u>danh mục thuốc</u> . Miễn phí thuốc tránh thai. |
| | <u>Thuốc chuyên khoa</u> | MedImpact: 40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> , tối đa \$500 / toa thuốc, sau khi áp dụng <u>tiền khấu trừ thuốc</u> | Không được đài thọ | Lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày khi mua lẻ. Tuân theo quy định trong <u>danh mục thuốc</u> . |
| Nếu quý vị thực hiện phẫu thuật ngoại trú | Phí cơ sở (như trung tâm phẫu thuật ngoại trú) | 40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> | 100% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> | Bắt buộc phải xin chứng nhận trước. Việc không xin chứng nhận trước có thể bị phạt lên tới \$500. <u>Nhà Cung Cấp Không Tham Gia Chương Trình: Tối đa bằng mức giới hạn chi phí tự trả</u> |
| | Phí bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật | 40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> | 100% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> | Bắt buộc phải xin chứng nhận trước. Việc không xin chứng nhận trước có thể bị phạt lên tới \$500. <u>Nhà Cung Cấp Không Tham Gia Chương Trình: Tối đa bằng mức giới hạn chi phí tự trả</u> |

| Sự Kiện Y Khoa Thông Thường | Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần | Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Bậc của Nhà Cung Cấp Tham Gia Chương Trình (Quý vị sẽ trả mức ít nhất) | Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Bậc của Nhà Cung Cấp Không Tham Gia Chương Trình (Quý vị sẽ trả mức nhiều nhất) | Các Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác |
|--|--|---|---|--|
| Nếu quý vị cần được chăm sóc y tế ngay lập tức | <u>Chăm sóc tại phòng cấp cứu</u> | 40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> | 40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> | Miễn <u>tiền đồng bảo hiểm</u> nếu nhập viện theo chế độ bệnh nhân nội trú. |
| | <u>Chuyên chở y tế cấp cứu</u> | 40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> | 40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> | Không có. |
| | <u>Chăm sóc khẩn cấp</u> | \$65 / lần thăm khám | 100% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> | <u>Nhà Cung Cấp Tham Gia Chương Trình</u> : Miễn <u>tiền khấu trừ</u> cho ba dịch vụ chăm sóc chính không phòng ngừa, chăm sóc chuyên khoa, chăm sóc khẩn cấp đầu tiên. <u>Nhà Cung Cấp Không Tham Gia Chương Trình</u> : Tối đa bằng <u>mức giới hạn chi phí tự trả</u> . |
| Nếu quý vị nằm viện | Phí cơ sở (như phòng bệnh viện) | 40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> | 100% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> | Bắt buộc phải xin chứng nhận trước (ngoại trừ trường hợp cấp cứu hoặc thời gian nằm viện sau khi phẫu thuật cắt bỏ vú/hạch bạch huyết). Việc không xin chứng nhận trước có thể bị phạt lên tới \$500. <u>Nhà Cung Cấp Không Tham Gia Chương Trình</u> : Tối đa bằng <u>mức giới hạn chi phí tự trả</u> |
| | Phí bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật | 40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> | 100% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> | Bắt buộc phải xin chứng nhận trước (ngoại trừ trường hợp cấp cứu hoặc thời gian nằm viện sau khi phẫu thuật cắt bỏ vú/hạch bạch huyết). Việc không xin chứng nhận trước có thể bị phạt lên tới \$500. <u>Nhà Cung Cấp Không Tham Gia Chương Trình</u> : Tối đa bằng <u>mức giới hạn chi phí tự trả</u> |
| Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần, sức khỏe hành vi hay điều trị tình trạng lạm dụng chất gây nghiện | Dịch vụ ngoại trú | \$65 / lần thăm khám cá nhân. Không tính phí các dịch vụ ngoại trú khác, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> . | 100% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> | <u>Nhà Cung Cấp Tham Gia Chương Trình</u> : \$32 / lần thăm khám theo nhóm. <u>Nhà Cung Cấp Không Tham Gia Chương Trình</u> : Tối đa bằng <u>mức giới hạn chi phí tự trả</u> . |
| | Dịch vụ nội trú | 40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> | 100% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> | Bắt buộc phải xin chứng nhận trước (không áp dụng cho các trường hợp nhập viện và dịch vụ trong trường hợp cấp cứu). Việc không xin chứng nhận trước có thể bị phạt lên tới \$500. |
| Nếu quý vị mang thai | Khám tại văn phòng | Miễn phí, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> | 40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> , không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> . | Tùy vào loại dịch vụ, có thể áp dụng <u>tiền đồng trả</u> , <u>tiền đồng bảo hiểm</u> hoặc <u>tiền khấu trừ</u> . Chăm sóc sản phụ có thể bao gồm các kiểm tra và dịch vụ được mô tả ở phần khác trong SBC (như siêu âm). |
| | Dịch vụ chuyên môn về sinh con/sinh đẻ | 40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> | 100% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> | <u>Nhà Cung Cấp Không Tham Gia Chương Trình</u> : Tối đa bằng <u>mức giới hạn chi phí tự trả</u> |
| | Dịch vụ tại cơ sở về sinh con/sinh đẻ | 40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> | 100% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> | Bắt buộc phải xin chứng nhận trước (đối với trường hợp nhập viện để sinh con có thời gian nằm viện quá 48 giờ sau khi sinh thường hoặc 96 giờ sau khi sinh mổ). Việc không xin chứng nhận trước có thể bị phạt lên tới \$500. <u>Nhà Cung Cấp Không Tham Gia Chương Trình</u> : Tối đa bằng <u>mức giới hạn chi phí tự trả</u> |

| Sự Kiện Y Khoa Thông Thường | Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần | Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Bậc của Nhà Cung Cấp Tham Gia Chương Trình (Quý vị sẽ trả mức ít nhất) | Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Bậc của Nhà Cung Cấp Không Tham Gia Chương Trình (Quý vị sẽ trả mức nhiều nhất) | Các Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác |
|--|--|---|---|--|
| Nếu quý vị cần được trợ giúp phục hồi hoặc có các nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt khác | <u>Chăm sóc sức khỏe tại gia</u> | 40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> | 100% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> | Tổng cộng tối đa 100 lần thăm khám/năm. (Mức giới hạn không áp dụng cho các lần thăm khám vật lý trị liệu, trị liệu cơ năng và trị liệu âm ngữ hoặc Điều Trị Sức Khỏe Tâm Thần và Rối Loạn Do Sử Dụng Chất Gây Nghiện). Bắt buộc phải xin chứng nhận trước. Việc không xin chứng nhận trước có thể bị phạt lên tới \$500. <u>Nhà Cung Cấp Không Tham Gia Chương Trình: Tối đa bằng mức giới hạn chi phí tự trả</u> |
| | <u>Dịch vụ phục hồi chức năng</u> | Ngoại trú: \$65 / lần thăm khám, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> . Nội trú: 40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> | 100% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> | Bắt buộc phải xin chứng nhận trước. Việc không xin chứng nhận trước có thể bị phạt lên tới \$500. <u>Nhà Cung Cấp Không Tham Gia Chương Trình: Tối đa bằng mức giới hạn chi phí tự trả</u> |
| | <u>Dịch vụ luyện tập chức năng</u> | Ngoại trú: \$65 / lần thăm khám, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> . Nội trú: 40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> | 100% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> | Bắt buộc phải xin chứng nhận trước. Việc không xin chứng nhận trước có thể bị phạt lên tới \$500. <u>Nhà Cung Cấp Không Tham Gia Chương Trình: Tối đa bằng mức giới hạn chi phí tự trả</u> |
| | <u>Chăm sóc điều dưỡng chuyên môn</u> | 40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> | 100% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> | Tối đa 100 ngày / giai đoạn quyền lợi. Bắt buộc phải xin chứng nhận trước. (Số ngày tối đa không áp dụng cho dịch vụ điều trị cần thiết về mặt y tế về Sức Khỏe Tâm Thần và Rối Loạn Do Sử Dụng Chất Gây Nghiện). Việc không xin chứng nhận trước có thể bị phạt lên tới \$500. <u>Nhà Cung Cấp Không Tham Gia Chương Trình: Tối đa bằng mức giới hạn chi phí tự trả</u> |
| | <u>Thiết bị y khoa lâu bền</u> | 40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> | 100% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> | Giới hạn lên đến \$2,000 / năm cho một số vật dụng. Bắt buộc phải xin chứng nhận trước. Việc không xin chứng nhận trước có thể bị phạt lên tới \$500. <u>Nhà Cung Cấp Không Tham Gia Chương Trình: Tối đa bằng mức giới hạn chi phí tự trả</u> |
| | <u>Dịch vụ chăm sóc giai đoạn cuối đời</u> | Miễn phí, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> | 100% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> | <u>Nhà Cung Cấp Không Tham Gia Chương Trình: Tối đa bằng mức giới hạn chi phí tự trả</u> |
| Nếu con quý vị cần được chăm sóc nha khoa hay mắt | Khám mắt cho trẻ em | Miễn phí, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> | Miễn phí | Giới hạn 1 lần thăm khám / năm |
| | Mắt kính cho trẻ em | Miễn phí, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> | 100% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> | Giới hạn 1 cặp mắt kính/năm cho một số gọng và tròng kính. <u>Nhà Cung Cấp Không Tham Gia Chương Trình: Tối đa bằng mức giới hạn chi phí tự trả</u> |
| | Khám răng cho trẻ em | Miễn phí, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> | Miễn phí, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> | Giới hạn 2 lần khám sức khỏe tổng quát / năm |

Dịch Vụ Loại Trừ và Các Dịch Vụ Được Đòi Thò Khác:

Những Dịch Vụ mà Chương Trình của Quý Vị Thường KHÔNG Đòi Thò (Xem hợp đồng bảo hiểm hoặc tài liệu chương trình của quý vị để biết thêm thông tin và danh sách bất cứ dịch vụ loại trừ nào khác).

- Chăm sóc nắn khớp xương
- Dụng cụ trợ thính
- Chăm sóc điều dưỡng riêng
- Phẫu thuật thẩm mỹ
- Chăm sóc dài hạn
- Chăm sóc bàn chân định kỳ
- Chăm sóc nha khoa (Người lớn)
- Chăm sóc không cấp cứu khi đi ra bên ngoài Hoa Kỳ
- Chương trình giảm cân

Các Dịch Vụ Được Đòi Thò Khác (Có thể áp dụng các giới hạn cho những dịch vụ này. Đây không phải là một danh sách đầy đủ. Vui lòng xem tài liệu chương trình của quý vị).

- Châm cứu
- Điều trị vô sinh (Giới hạn \$1,000 / năm)
- Chăm sóc mắt định kỳ (Người lớn)
- Phẫu thuật giảm cân

Quyền Tiếp Tục Được Bảo Hiểm của Quý Vị: Có những cơ quan có thể hỗ trợ nếu quý vị muốn tiếp tục bảo hiểm sau khi bảo hiểm của quý vị kết thúc. Thông tin liên lạc của những cơ quan đó có trong bảng bên dưới. Cũng có thể có những lựa chọn bảo hiểm khác dành cho quý vị, bao gồm việc mua bảo hiểm cá nhân thông qua Thị Trường Bảo Hiểm Sức Khỏe. Để biết thêm thông tin về Thị Trường, hãy truy cập www.HealthCare.gov hoặc gọi số 1-800-318-2596.

Quyền Phàn Nàn và Khiếu Nại của Quý Vị: Có những cơ quan có thể trợ giúp nếu quý vị than phiền về chương trình của mình vì bị từ chối yêu cầu thanh toán. Than phiền này được gọi là phàn nàn hay khiếu nại. Để biết thêm thông tin về quyền của quý vị, hãy xem phần giải thích quyền lợi mà quý vị sẽ nhận được cho yêu cầu thanh toán y tế đó. Tài liệu chương trình của quý vị cũng cung cấp thông tin đầy đủ về cách nộp yêu cầu thanh toán, khiếu nại hoặc phàn nàn vì bất cứ lý do gì cho chương trình của quý vị. Để biết thêm thông tin về các quyền của quý vị, thông báo này hoặc cần được trợ giúp, hãy liên lạc các cơ quan trong bảng bên dưới.

Thông Tin Liên Lạc về Quyền Tiếp Tục Được Bảo Hiểm và Quyền Phàn Nàn và Khiếu Nại của Quý Vị:

| | |
|---|---|
| Ban Dịch Vụ Hội Viên Kaiser Permanente | 1-800-788-0710 (TTY: 711) hoặc www.kp.org/memberservices |
| Department of Labor's Employee Benefits Security Administration (Cơ Quan Quản Lý Bảo Vệ Quyền Lợi Nhân Viên của Bộ Lao Động) | 1-866-444-EBSA (3272) hoặc www.dol.gov/ebsa/healthreform |
| Center for Consumer Information & Insurance Oversight (Trung Tâm Thông Tin Người Tiêu Dùng và Giám Sát Bảo Hiểm) thuộc Department of Health & Human Services (Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh) | 1-877-267-2323 x61565 hoặc www.cciio.cms.gov |
| California Department of Insurance (Sở Bảo Hiểm California) | 1-800-927-HELP (4357) hoặc www.insurance.ca.gov |

Chương trình này có cung cấp Bảo Hiểm Cần Thiết Tối Thiểu không? Có

Bảo Hiểm Cần Thiết Tối Thiểu thường bao gồm các chương trình, bảo hiểm y tế được cung cấp thông qua Thị Trường hoặc các hợp đồng bảo hiểm cá nhân khác trên thị trường, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE và một số bảo hiểm khác. Nếu quý vị đủ điều kiện hưởng một số loại Bảo Hiểm Cần Thiết Tối Thiểu, quý vị có thể đủ điều kiện hưởng tín thuế phí bảo hiểm.

Chương trình này có đáp ứng các Tiêu Chuẩn Giá Trị Tối Thiểu không? Có

Nếu chương trình của quý vị không đáp ứng Tiêu Chuẩn Giá Trị Tối Thiểu, quý vị có thể hội đủ điều kiện hưởng tín thuế phí bảo hiểm để giúp quý vị trả cho một chương trình thông qua Thị Trường.

Dịch Vụ Tiếp Cận Ngôn Ngữ:

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)

Để xem các ví dụ về cách thức chương trình này có thể đài thọ các chi phí cho một trường hợp y tế mẫu, hãy xem mục tiếp theo.

Chương Trình PPO được tài trợ bởi Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC), một công ty con của Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP)

Giới Thiệu về Các Ví Dụ Bảo Hiểm này:



Đây không phải là một công thức ước tính chi phí. Những biện pháp điều trị được đưa ra chỉ là ví dụ về cách chương trình này có thể đài thọ dịch vụ chăm sóc y tế. Chi phí thực tế của quý vị sẽ khác tùy vào dịch vụ chăm sóc thực tế mà quý vị nhận được, các mức giá được tính bởi nhà cung cấp của quý vị và nhiều yếu tố khác. Tập trung vào khoản chia sẻ chi phí (tiền khấu trừ, tiền đồng trả và tiền đồng bảo hiểm) và các dịch vụ loại trừ theo chương trình. Dùng thông tin này để so sánh phần chi phí mà quý vị có thể trả theo các chương trình bảo hiểm sức khỏe khác nhau. Xin lưu ý những ví dụ về bảo hiểm này được dựa trên bảo hiểm chỉ dành cho bản thân.

Peg Sắp Có Con

(9 tháng chăm sóc tiền sản trong mạng lưới và sinh con tại bệnh viện)

- **Tổng số tiền khấu trừ của chương trình** **\$6,300**
- **Tiền đồng trả cho bác sĩ chuyên khoa** **\$95**
- **Tiền đồng bảo hiểm cho bệnh viện (cơ sở)** **40%**
- **Tiền đồng trả khác (xét nghiệm máu)** **\$40**

Trường hợp MÃU này bao gồm những dịch vụ như:

Khám tại văn phòng của bác sĩ chuyên khoa (chăm sóc tiền sản)
 Dịch Vụ Chuyên Môn về Sinh Con/Sinh Đẻ
 Dịch Vụ tại Cơ Sở về Sinh Con/Sinh Đẻ
Kiểm tra chẩn đoán (siêu âm và xét nghiệm máu)
 Khám với bác sĩ chuyên khoa (thuốc gây mê/tê)

Tổng Chi Phí Mẫu \$12,700

Trong ví dụ này, Peg sẽ trả:

Khoản Chia Sẻ Chi Phí

| | |
|---------------------------|--------|
| <u>Tiền Khấu Trừ</u> | \$6300 |
| <u>Tiền đồng trả</u> | \$10 |
| <u>Tiền đồng bảo hiểm</u> | \$1300 |

Những gì không được đài thọ

| | |
|-----------------------------------|---------------|
| Các giới hạn hoặc loại trừ | \$50 |
| Tổng số tiền Peg sẽ trả là | \$7660 |

Kiểm Soát Bệnh Tiểu Đường Loại 2 của Joe

(một năm chăm sóc thường kỳ trong mạng lưới cho tình trạng được kiểm soát tốt)

- **Tổng số tiền khấu trừ của chương trình** **\$6,300**
- **Tiền đồng trả cho bác sĩ chuyên khoa** **\$95**
- **Tiền đồng bảo hiểm cho bệnh viện (cơ sở)** **40%**
- **Tiền đồng trả khác (xét nghiệm máu)** **\$40**

Trường hợp MÃU này bao gồm những dịch vụ như:

Khám tại văn phòng của bác sĩ chăm sóc chính (bao gồm hướng dẫn về bệnh)
Kiểm tra chẩn đoán (xét nghiệm máu)
Thuốc theo toa
Thiết bị y khoa lâu bền (máy đo glucose)

Tổng Chi Phí Mẫu \$5,600

Trong ví dụ này, Joe sẽ trả:

Khoản Chia Sẻ Chi Phí

| | |
|---------------------------|--------|
| <u>Tiền Khấu Trừ</u> | \$1400 |
| <u>Tiền đồng trả</u> | \$300 |
| <u>Tiền đồng bảo hiểm</u> | \$1300 |

Những gì không được đài thọ

| | |
|-----------------------------------|---------------|
| Các giới hạn hoặc loại trừ | \$0 |
| Tổng số tiền Joe sẽ trả là | \$3000 |

Tình Trạng Gãy Xương Nhẹ của Mia

(thăm khám tại phòng cấp cứu và chăm sóc theo dõi trong mạng lưới)

- **Tổng số tiền khấu trừ của chương trình** **\$6,300**
- **Tiền đồng trả cho bác sĩ chuyên khoa** **\$95**
- **Tiền đồng bảo hiểm cho bệnh viện (cơ sở)** **40%**
- **Tiền đồng bảo hiểm khác (chụp X-quang)** **40%**

Trường hợp MÃU này bao gồm những dịch vụ như:

Chăm sóc tại phòng cấp cứu (bao gồm vật tư y tế)
Kiểm tra chẩn đoán (chụp X-quang)
Thiết bị y khoa lâu bền (nạng)
Dịch vụ phục hồi chức năng (vật lý trị liệu)

Tổng Chi Phí Mẫu \$2,800

Trong ví dụ này, Mia sẽ trả:

Khoản Chia Sẻ Chi Phí

| | |
|---------------------------|--------|
| <u>Tiền Khấu Trừ</u> | \$2800 |
| <u>Tiền đồng trả</u> | \$10 |
| <u>Tiền đồng bảo hiểm</u> | \$0 |

Những gì không được đài thọ

| | |
|-------------------------------------|---------------|
| Các giới hạn hoặc loại trừ | \$0 |
| Tổng số tiền Mia sẽ trả là** | \$2800 |

**Note: The Patient Pays amount is capped at the plan's out-of-pocket limit. Total amounts may not add up due to rounding. Chương trình sẽ chịu trách nhiệm về các chi phí còn lại của những dịch vụ được đài thọ MÃU này.



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 chodayoot'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 ਇਨਸ਼ੂਰੈਂਸ ਨੂੰ 1-800-927-4357 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। TTY ਦੇ ਉਪਯੋਗਕਰਤਾ 711 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। Punjabi

សេវាភាសាឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកអាចទទួលបានសេវាបកប្រែបាន និងឱ្យគេអានឯកសារជូនអ្នក ជាភាសាខ្មែរ។ សំរាប់ជំនួយ សូមទូរស័ព្ទមកយើងតាមលេខដែលមាននៅលើប័ណ្ណ 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: \$6,300 Individual / \$12,600 Family. Non-Participating Provider Tier: \$12,600 Individual / \$25,200 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. \$500 Individual / \$1,000 Family for 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 | \$65 / visit | 100% coinsurance | Participating Provider : Deductible waived for the first three non-preventive primary care, specialty care, urgent care . Non-Participating Provider : Up to out-of-pocket limit . |
| | Specialist visit | \$95 / visit | 100% coinsurance | Participating Provider : Deductible waived for the first three non-preventive primary care, specialty care, urgent care . Non-Participating Provider : Up to out-of-pocket limit . |
| | 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: 40% coinsurance . Lab tests: \$40 / test, deductible does not apply | 100% coinsurance | Non-Participating Provider : Up to out-of-pocket limit |
| | Imaging (CT/PET scans, MRIs) | 40% coinsurance | 100% coinsurance | Non-Participating Provider : Up to out-of-pocket limit 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: \$18 / prescription (retail), \$36/ 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. |
| | Preferred brand drugs | MedImpact: 40% coinsurance up to \$500 / prescription , 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: 40% coinsurance up to \$500 / prescription , 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: 40% coinsurance up to \$500 / 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) | 40% coinsurance | 100% coinsurance | Precertification required. Failure to precertify may result in a penalty of up to \$500. Non-Participating Provider : Up to out-of-pocket limit |

| 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 | 40% coinsurance | 100% coinsurance | Precertification required. Failure to precertify may result in a penalty of up to \$500. Non-Participating Provider : Up to out-of-pocket limit |
| If you need immediate medical attention | Emergency room care | 40% coinsurance | 40% coinsurance | Coinsurance waived if admitted to hospital as inpatient. |
| | Emergency medical transportation | 40% coinsurance | 40% coinsurance | None. |
| | Urgent care | \$65 / visit | 100% coinsurance | Participating Provider : Deductible waived for the first three non-preventive primary care, specialty care, urgent care . Non-Participating Provider : Up to out-of-pocket limit . |
| If you have a hospital stay | Facility fee (e.g., hospital room) | 40% coinsurance | 100% 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. Non-Participating Provider : Up to out-of-pocket limit |
| | Physician/surgeon fees | 40% coinsurance | 100% 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. Non-Participating Provider : Up to out-of-pocket limit |
| If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services | Outpatient services | \$65 / individual visit. No charge for other outpatient services, deductible does not apply. | 100% coinsurance | Participating Provider : \$32 / group visit. Non-Participating Provider : Up to out-of-pocket limit . |
| | Inpatient services | 40% coinsurance | 100% 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 | 40% coinsurance | 100% coinsurance | Non-Participating Provider : Up to out-of-pocket limit |
| | Childbirth/delivery facility services | 40% coinsurance | 100% 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. Non-Participating Provider : Up to out-of-pocket limit |

| 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 | 40% coinsurance | 100% 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. Non-Participating Provider : Up to out-of-pocket limit |
| | Rehabilitation services | Outpatient: \$65 / visit, deductible does not apply. Inpatient: 40% coinsurance | 100% coinsurance | Precertification required. Failure to precertify may result in a penalty of up to \$500. Non-Participating Provider : Up to out-of-pocket limit |
| | Habilitation services | Outpatient: \$65 / visit, deductible does not apply Inpatient: 40% coinsurance | 100% coinsurance | Precertification required. Failure to precertify may result in a penalty of up to \$500. Non-Participating Provider : Up to out-of-pocket limit |
| | Skilled nursing care | 40% coinsurance | 100% 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. Non-Participating Provider : Up to out-of-pocket limit |
| | Durable medical equipment | 40% coinsurance | 100% coinsurance | Up to \$2,000 limit / year for certain items. Precertification required. Failure to precertify may result in a penalty of up to \$500. Non-Participating Provider : Up to out-of-pocket limit |
| | Hospice services | No charge, deductible does not apply | 100% coinsurance | Non-Participating Provider : Up to out-of-pocket limit |
| 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 | 100% coinsurance | Limited to 1 pair of glasses/year from select frames and lenses. Non-Participating Provider : Up to out-of-pocket limit |
| | 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
- Infertility treatment (\$1,000 limit / year)
- Routine eye care (Adult)
- Bariatric surgery

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 | \$6,300 |
| ■ Specialist copayment | \$95 |
| ■ Hospital (facility) coinsurance | 40% |
| ■ Other (blood work) copayment | \$40 |

This EXAMPLE event includes services like:

[Specialist](#) office visits (*prenatal care*)
 Childbirth/Delivery Professional Services
 Childbirth/Delivery Facility Services
[Diagnostic tests](#) (*ultrasounds and blood work*)
[Specialist](#) visit (*anesthesia*)

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

In this example, Peg would pay:

| <i>Cost Sharing</i> | |
|-----------------------------------|----------------|
| Deductibles | \$6,300 |
| Copayments | \$10 |
| Coinsurance | \$1,300 |
| <i>What isn't covered</i> | |
| Limits or exclusions | \$50 |
| The total Peg would pay is | \$7,660 |

Managing Joe's Type 2 Diabetes (a

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

| | |
|---|---------|
| ■ The plan's overall deductible | \$6,300 |
| ■ Specialist copayment | \$95 |
| ■ Hospital (facility) coinsurance | 40% |
| ■ Other (blood work) copayment | \$40 |

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:

| <i>Cost Sharing</i> | |
|-----------------------------------|----------------|
| Deductibles | \$1,400 |
| Copayments | \$300 |
| Coinsurance | \$1,300 |
| <i>What isn't covered</i> | |
| Limits or exclusions | \$0 |
| The total Joe would pay is | \$3,000 |

Mia's Simple Fracture

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

| | |
|---|---------|
| ■ The plan's overall deductible | \$6,300 |
| ■ Specialist copayment | \$95 |
| ■ Hospital (facility) coinsurance | 40% |
| ■ Other (x-ray) coinsurance | 40% |

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:

| <i>Cost Sharing</i> | |
|-------------------------------------|----------------|
| Deductibles | \$2,800 |
| Copayments | \$10 |
| Coinsurance | \$0 |
| <i>What isn't covered</i> | |
| Limits or exclusions | \$0 |
| The total Mia would pay is** | \$2,800 |

**Note: The Patient Pays amount is capped at the [plan's out-of-pocket limit](#). Total amounts may not add up due to rounding.

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