




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 <http://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 <u>tiền khấu trừ</u> là bao nhiêu?	Bậc của <u>Nhà Cung Cấp Tham Gia Chương Trình</u> : \$350 Cá Nhân / \$700 Gia Đình. Bậc của <u>Nhà Cung Cấp Không Tham Gia Chương Trình</u> : \$1,000 Cá Nhân / \$2,000 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 <u>tiền khấu trừ</u> của mình không?	Có. Dịch vụ <u>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> nhất định 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 <u>tiền khấu trừ</u> khác cho những dịch vụ cụ thể không?	Không	Quý vị không cần phải đạt đến số <u>tiền khấu trừ</u> cho những dịch vụ cụ thể.
Mức giới hạn chi phí tự trả cho <u>chương trình</u> này là bao nhiêu?	Bậc của <u>Nhà Cung Cấp Tham Gia Chương Trình</u> : \$7,800 Cá Nhân / \$15,600 Gia Đình. Bậc của <u>Nhà Cung Cấp Không Tham Gia Chương Trình</u> : \$15,600 Cá Nhân / \$31,200 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 <u>mức giới hạn chi phí tự trả</u>?	<u>Phí bảo hiểm</u> , tiền phạt chứng nhận trước, phí <u>lập hóa đơn số tiền chênh lệch</u> và các dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà <u>chương trình</u> này không đòi thò, được thể hiện trong bảng bắt đầu tại trang 2.	Mặc dù quý vị chi trả những chi phí này nhưng 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 <u>nhà cung cấp trong mạng lưới</u> không?	Có. Xem www.kp.org/kpic/ppo/kpic/ppo hoặc gọi số 1-800-788-0710 (TTY: 711) để lấy danh sách <u>nhà cung cấp trong mạng lưới</u> .	<u>Chương trình</u> này sử dụng một <u>mạng lưới nhà cung cấp</u> . Quý vị sẽ trả ít hơn nếu quý vị sử dụng một <u>nhà cung cấp</u> trong <u>mạng lưới</u> của chương trình. Quý vị sẽ trả nhiều nhất nếu quý vị sử dụng một <u>nhà cung cấp ngoài mạng lưới</u> và quý vị có thể nhận được một hóa đơn từ một <u>nhà cung cấp</u> về khoản chênh lệch giữa khoản phí của nhà cung cấp đó và số tiền mà <u>chương trình</u> của quý vị thanh toán (<u>lập hóa đơn số tiền chênh lệch</u>). Lưu ý, <u>nhà cung cấp trong mạng lưới</u> của quý vị có thể sử dụng một <u>nhà cung cấp ngoài mạng lưới</u> để cung cấp một số dịch vụ (như xét nghiệm). Kiểm tra với <u>nhà cung cấp</u> của quý vị trước khi quý vị nhận dịch vụ.
Quý vị có cần <u>giấy giới thiệu</u> để đến khám với <u>bác sĩ chuyên khoa</u> không?	Không.	Quý vị có thể thăm khám với <u>bác sĩ chuyên khoa</u> do quý vị chọn mà không cần <u>giấy giới thiệu</u> .

 Mọi chi phí tiền đồng trả và tiền đồng bảo hiểm được trình bày trong bảng này được áp dụng 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		Các Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác
		Bậc của Nhà Cung Cấp Tham Gia Chương Trình (Quý vị sẽ trả mức ít nhất)	Bậc của Nhà Cung Cấp Không Tham Gia Chương Trình (Quý vị sẽ trả mức nhiều nhất)	
Nếu quý vị đến khám tại văn phòng hay phòng khám của <u>nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe</u>	Thăm khám chăm sóc chính để điều trị chấn thương hay bệnh tật	\$25/lần thăm khám, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u>	40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	Không có.
	Khám với <u>bác sĩ chuyên khoa</u>	\$50/lần thăm khám, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u>	40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	Không có.
	<u>Chăm sóc phòng ngừa/khám sàng lọc/Chủng ngừa</u>	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>	Quý vị có thể phải chi trả cho những dịch vụ không phải <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		Các Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác
		Bậc của Nhà Cung Cấp Tham Gia Chương Trình (Quý vị sẽ trả mức ít nhất)	Bậc của Nhà Cung Cấp Không Tham Gia Chương Trình (Quý vị sẽ trả mức nhiều nhất)	
Nếu quý vị được kiểm tra	<u>Kiểm tra chẩn đoán</u> (chụp X-quang, xét nghiệm máu)	Chụp X-quang: \$65/lần thực hiện, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> . Xét nghiệm: \$25/lần thực hiện, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u>	40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	Không có.
	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)	20% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> , không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u>	40% <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.
Nếu quý vị cần thuốc để điều trị bệnh tật hay tình trạng của quý vị Thông tin bổ sung về <u>bảo hiểm thuốc theo toa</u> hiện có tại www.kp.org/kpic/ppo	Thuốc gốc	MedImpact: \$15/ <u>toa thuốc</u> (mua lẻ), \$30/ <u>toa thuốc</u> (đặt mua qua đường bưu điện), không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u>	Không được đòi hỏi	Lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày khi mua lẻ hoặc tối đa 100 ngày khi đặt 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: \$50/ <u>toa thuốc</u> (mua lẻ), \$100/ <u>toa thuốc</u> (đặt mua qua đường bưu điện), không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u>	Không được đòi hỏi	Lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày khi mua lẻ hoặc tối đa 100 ngày khi đặt 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: \$50/ <u>toa thuốc</u> (mua lẻ), \$100/ <u>toa thuốc</u> (đặt mua qua đường bưu điện), không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u>	Không được đòi hỏi	Lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày khi mua lẻ hoặc tối đa 100 ngày khi đặt 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: 20% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> , tối đa \$250/ <u>toa thuốc</u> , không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u>	Không được đòi hỏi	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)	20% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> , không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u>	40% <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.
	Phí bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật	20% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> , không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u>	40% <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.

Sự Kiện Y Khoa Thông Thường	Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần	Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả		Các Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác
		Bậc của Nhà Cung Cấp Tham Gia Chương Trình (Quý vị sẽ trả mức ít nhất)	Bậc của Nhà Cung Cấp Không Tham Gia Chương Trình (Quý vị sẽ trả mức nhiều nhất)	
Nếu quý vị cần được chăm sóc y tế ngay lập tức	<u>Chăm sóc tại phòng cấp cứu</u>	20% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	20% <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>	20% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	20% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	Không có.
	<u>Chăm sóc khẩn cấp</u>	\$25/lần thăm khám, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u>	40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	Không có.
Nếu quý vị nằm viện	Phí cơ sở (như phòng bệnh viện)	20% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	40% <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.
	Phí bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật	20% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	40% <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.
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	\$25/lần thăm khám cá nhân, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> . Không tính phí các dịch vụ ngoại trú khác, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> .	40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	<u>Nhà Cung Cấp Tham Gia Chương Trình</u> : \$12/lần thăm khám theo nhóm, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u>
	Dịch vụ nội trú	20% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	40% <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	20% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	Không có.
	Dịch vụ tại cơ sở về sinh con/sinh đẻ	20% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	40% <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.

Sự Kiện Y Khoa Thông Thường	Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần	Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả		Các Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác
		Bậc của Nhà Cung Cấp Tham Gia Chương Trình (Quý vị sẽ trả mức ít nhất)	Bậc của Nhà Cung Cấp Không Tham Gia Chương Trình (Quý vị sẽ trả mức nhiều nhất)	
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>	20% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> , không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u>	40% <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>Dịch vụ phục hồi chức năng</u>	Ngoại trú: \$25/lần thăm khám, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> Nội trú: 20% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	40% <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>Dịch vụ luyện tập chức năng</u>	Ngoại trú: \$25/lần thăm khám, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> Nội trú: 20% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	40% <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>Chăm sóc điều dưỡng chuyên môn</u>	20% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	40% <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 cần thiết về mặt y tế để điều trị 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>Thiết bị y khoa lâu bền</u>	20% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> , không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u>	40% <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>Dịch vụ chăm sóc giai đoạn cuối đời</u>	Miễn phí, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u>	40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	Không có.
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>	20% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	Giới hạn 1 cặp mắt kính/năm cho một số gọng và tròng kính.
	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 danh sách đầy đủ. Vui lòng xem tài liệu chương trình của quý vị).

- Chăm 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
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 máy lẻ 61565 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 thanh toán cho 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 thức 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 \$350
- Tiền đồng trả cho bác sĩ chuyên khoa \$50
- Tiền đồng bảo hiểm cho bệnh viện (cơ sở) 20%
- Tiền đồng trả khác (xét nghiệm máu) \$25

Trường hợp MẪU 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)

Kiểm Soát Bệnh Tiểu Đường Loại 2 của Joe

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

- Tổng số tiền khấu trừ của chương trình \$350
- Tiền đồng trả cho bác sĩ chuyên khoa \$50
- Tiền đồng bảo hiểm cho bệnh viện (cơ sở) 20%
- Tiền đồng trả khác (xét nghiệm máu) \$25

Trường hợp MẪU 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)

Tình Trạng Gãy Xương Kín của Mia

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

- Tổng số tiền khấu trừ của chương trình \$350
- Tiền đồng trả cho bác sĩ chuyên khoa \$50
- Tiền đồng bảo hiểm cho bệnh viện (cơ sở) 20%
- Tiền đồng trả khác (chụp X-quang) \$65

Trường hợp MẪU 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	\$12,700
Trong ví dụ này, Peg sẽ trả:	
<i>Khoản Chia Sẻ Chi Phí</i>	
Tiền Khấu Trừ	\$350
Tiền Đồng Trả	\$100
Tiền Đồng Bảo Hiểm	\$1,700
<i>Những gì không được đài thọ</i>	
Các giới hạn hoặc loại trừ	\$50
Tổng số tiền Peg sẽ trả là	\$2,200

Tổng Chi Phí Mẫu	\$5,600
Trong ví dụ này, Joe sẽ trả:	
<i>Khoản Chia Sẻ Chi Phí</i>	
Tiền Khấu Trừ	\$200
Tiền Đồng Trả	\$1,100
Tiền Đồng Bảo Hiểm	\$100
<i>Những gì không được đài thọ</i>	
Các giới hạn hoặc loại trừ	\$0
Tổng số tiền Joe sẽ trả là	\$1,400

Tổng Chi Phí Mẫu	\$2,800
Trong ví dụ này, Mia sẽ trả:	
<i>Khoản Chia Sẻ Chi Phí</i>	
Tiền Khấu Trừ	\$350
Tiền Đồng Trả	\$400
Tiền Đồng Bảo Hiểm	\$200
<i>Những gì không được đài thọ</i>	
Các giới hạn hoặc loại trừ	\$0
Tổng số tiền Mia sẽ trả là	\$950

Chương trình sẽ chịu trách nhiệm về các chi phí còn lại của những dịch vụ được đài thọ MẪU 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 **1-800-788-0710** (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
P.O. Box 1809
Pleasanton, CA 94566
Phone: 1-800-788-0710**

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: 1-800-482-4
TDD (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
Phone: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 1-800-788-0710 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 1-800-788-0710. 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，並且您可請我們將您的語言版本文件寄給您。如需協助，請致電列於您會員卡上的電話號碼或致電 1-800-788-0710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 1-800-788-0710. For more help call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357. TTY users call 711. English

Doo báá'hilíníjgóó há ata' hane. Ata' halne'í há shónáot'eeh dóo naaltsoos táá hazaad bee bik'i' aschíjgo hach'i' yídóoltah biniyé hach'i' anál'íjeh leh. Shíká i'doolwoł nínízingo nihich'i' hodílnih koji' 1-800-788-0710 éi bee néehózin biniyé neiyítánígíí bikáá'. Áká e'élyeed jinízingo CA Dept. of Insurance bich'i' hojilnih kwe'é 1-800-927-4357. TTY chojooł'íjgo éi íáá bił azhdilchi'. Navajo

Dịch Vụ Ngôn Ngữ Miễn Phí. Quý vị có thể được cấp thông dịch viên và được người đọc tài liệu cho quý vị bằng ngôn ngữ của quý vị. Để được giúp đỡ, xin gọi cho chúng tôi theo số điện thoại ghi trên thẻ ID của quý vị hoặc số 1-800-788-0710. Để được giúp đỡ thêm, xin 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 1-800-788-0710번으로 문의하십시오. 보다 자세한 사항은 캘리포니아 주 보험국, 전화번호 1-800-927-4357번으로 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 1-800-788-0710. 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 1-800-788-0710 հեռախոսահամարով: Լրացուցիչ օգնության համար զանգահարեք Կալիֆոռնիայի ապահովագրության դեպարտամենտ՝ 1-800-927-4357 հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 711: Armenian

Бесплатные переводческие услуги. Вы можете воспользоваться услугами устного переводчика. Вам могут зачитать документы, а некоторые могут быть отправлены вам на вашем языке. Если вам нужна помощь, позвоните нам по номеру, указанному на вашей идентификационной карточке или 1-800-788-0710. 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

言語サービス（無料）。 通訳に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1-800-788-0710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までお電話にてご連絡ください。Japanese

خدمات تسهيلات زبانی رایگان. شما می‌توانید مترجم شفاهی بگیرید. می‌توانید درخواست کنید که اسناد برایتان خوانده و بعضی از آن‌ها به زبان خودتان به شما ارسال شود. برای دریافت راهنمایی، با ما به شماره مندرج در زیر یا شماره روی کارت شناسایی‌تان یا 1-800-788-0710 تماس بگیرید. برای کسب راهنمایی بیشتر، با اداره بیمه کالیفرنیا به شماره 1-800-927-4357 تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با 711 تماس بگیرند. Farsi

ਬਿਨਾ ਲਾਗਤ ਦੀ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਬਾਸ਼ੀਆ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਤੋਂ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹਾ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਮਦਦ ਲਈ, ਸਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਸੂਚੀਬੱਧ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਜਾਂ

1-800-788-0710 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਹੋਰ ਮਦਦ ਲਈ CA ਬੀਮਾ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ 1-800-927-4357 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। TTY ਵਰਤੋਂਕਾਰ 711 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰਨ। Punjabi

សេវាភាសាឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែ និងឱ្យគេអានឯកសារជូនអ្នក ជាភាសាប្តូរ។ សំរាប់ជំនួយ សូមទូរស័ព្ទមកកម្រើង តាមកលមលេខដែលមានគោក លើប័ណ្ណ ID របស់អ្នក ឬ 1-800-788-0710។ សំរាប់ជំនួយថែមទៀត ទូរស័ព្ទគោរកស្តងធានារ៉ាប់រង វេបកាស៊ីប្តូរនីញ៉ា តាមកលម 1-800-927-4357។ អ្នកកម្រើ TTY គោកលេខ 711។ Khmer

خدمات اللغة بدون تكلفة. يمكنك الحصول على مترجم شفوي وخدمة قراءة المستندات لك بلغتك. للحصول على المساعدة، اتصل بنا على الرقم المدرج في بطاقة الهوية الخاصة بك أو برقم 1-800-788-0710. لمزيد من المساعدة، اتصل بقسم التأمين بولاية كاليفورنيا على الرقم 1-800-927-4357. مستخدمو TTY يمكنهم الاتصال برقم 711. Arabic

Cov Kev Pab Cuam Txhais Lus Dawb. Koj tuaj yeem tau txais ib tus neeg txhais lus thiab txais tau cov ntaub ntawv uas nyeem tag ntawd xa tuaj rau koj muab sau ua koj hom lus xa tuaj Yog xav tau kev pab, hu rau peb ntawm tus xov tooj teev muaj nyob rau ntawm koj daim yuaj ID los yog 1-800-788-0710. Yog xav tau kev pab ntxiv hu rau CA Chaw Ua Hauj Lwm Tswj Kev Tuav Pov Hwm ntawm 1 800-927-4357. Cov neeg siv TTY hu rau 711. Hmong

निःशुल्क भाषा सेवाएं। आप एक दुभाषिया को ले सकते हैं और दस्तावेजों को अपनी भाषा में पढ़वा सकते हैं। सहायता के लिए, हमें अपने आईडी कार्ड पर दर्ज नंबर या

1-800-788-0710 पर कॉल करें। अधिक सहायता के लिए सीए बीमा विभाग को 1-800-927-4357 पर कॉल करें। टीटीवाई उपयोगकर्ता 711 पर कॉल करें। Hindi

บริการด้านภาษาโดยไม่มีค่าใช้จ่าย คุณสามารถรับคำและรับการอ่านเอกสารให้คุณฟังในภาษาของคุณได้ หากต้องการความช่วยเหลือ

โปรดโทรหาเราตามหมายเลขที่ระบุในบัตรประจำตัวประชาชน หรือ 1-800-788-0710 หากต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม โปรดติดต่อฝ่ายประกันภัยของ CA ที่หมายเลข 1-800-927-4357 ผู้ใช้ TTY โทร 711 ภาษาอังกฤษ 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: \$350 Individual / \$700 Family. Non-Participating Provider Tier: \$1,000 Individual / \$2,000 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?	No	You don't have to meet deductibles for specific services.
What is the out-of-pocket limit for this plan ?	Participating Provider Tier: \$7,800 Individual / \$15,600 Family. Non-Participating Provider Tier: \$15,600 Individual / \$31,200 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	\$25 / visit, deductible does not apply	40% coinsurance	None.
	Specialist visit	\$50 / visit, deductible does not apply	40% coinsurance	None.
	Preventive care/screening/ Immunization	No charge, deductible does not apply	40% coinsurance , deductible does not apply	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: \$65 / test, deductible does not apply. Lab tests: \$25 / test, deductible does not apply	40% coinsurance	None.
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	20% coinsurance , deductible does not apply	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: \$15 / prescription (retail), \$30 / 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: \$50 / prescription (retail), \$100 / 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.
	Non-preferred brand drugs	MedImpact: \$50 / prescription (retail), \$100 / 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.
	Specialty drugs	MedImpact: 20% coinsurance up to \$250 / prescription , deductible does not apply	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)	20% coinsurance , deductible does not apply	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	20% coinsurance , deductible does not apply	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	20% coinsurance	20% coinsurance	Coinsurance waived if admitted to hospital as inpatient.
	Emergency medical transportation	20% coinsurance	20% coinsurance	None.
	Urgent care	\$25 / visit, deductible does not apply	40% coinsurance	None.
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	20% 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	20% 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	\$25 / individual visit, deductible does not apply. No charge for other outpatient services, deductible does not apply.	40% coinsurance	Participating Provider : \$12 / group visit, deductible does not apply
	Inpatient services	20% 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	20% coinsurance	40% coinsurance	None.
	Childbirth/delivery facility services	20% 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	20% coinsurance , 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: \$25 / visit, deductible does not apply Inpatient: 20% coinsurance	40% coinsurance	Precertification required. Failure to precertify may result in a penalty of up to \$500.
	Habilitation services	Outpatient: \$25 / visit, deductible does not apply Inpatient: 20% coinsurance	40% coinsurance	Precertification required. Failure to precertify may result in a penalty of up to \$500.
	Skilled nursing care	20% 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	20% coinsurance , deductible does not apply	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	\$350
■ Specialist copayment	\$50
■ Hospital (facility) coinsurance	20%
■ Other (blood work) copayment	\$25

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	\$350
Copayments	\$100
Coinsurance	\$1,700
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$50
The total Peg would pay is	\$2,200

Managing Joe's Type 2 Diabetes (a

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

■ The plan's overall deductible	\$350
■ Specialist copayment	\$50
■ Hospital (facility) coinsurance	20%
■ Other (blood work) copayment	\$25

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	\$200
Copayments	\$1,100
Coinsurance	\$100
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$0
The total Joe would pay is	\$1,400

Mia's Simple Fracture

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

■ The plan's overall deductible	\$350
■ Specialist copayment	\$50
■ Hospital (facility) coinsurance	20%
■ Other (x-ray) copayment	\$65

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	\$350
Copayments	\$400
Coinsurance	\$200
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$0
The total Mia would pay is	\$950

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

This page is intentionally left blank.