El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, consulte www.kp.org/plandocuments o llame al 1-800-788-0710 (TTY: 711). Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/Spanish-Uniform-Glossary-05-2020-508.pdf o llamar al 1-800-788-0710 (TTY: 711) para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	Nivel de proveedor participante: $5,800 por individuo/$11,600 por familia; Nivel de proveedor no participante: $10,800 por individuo/$21,600 por familia.	En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad deducible antes de que este plan comience a pagar. Si usted tiene otros miembros de la familia en el plan, cada uno debe alcanzar su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos del deducible que pagaron todos los miembros de la familia alcance el deducible general de la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible?	Sí, la atención preventiva y los servicios que se indican en la tabla que comienza en la página 2.	Este plan cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del deducible. Sin embargo, se podría aplicar un copago o un coseguro. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos antes de que alcance su deducible. Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	Sí. $450 por individuo/$900 por familia para medicamentos con receta médica. No hay otros deducibles específicos.	Debe pagar todos los costos de estos servicios hasta la cantidad específica de deducible, antes de que este plan comience a pagar estos servicios.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan?	Nivel de proveedor participante: $11,650 por individuo/$23,300 por familia Nivel de proveedor no participante: $23,300 por individuo/$46,600 por familia.	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en el plan, cada uno debe alcanzar su propio límite de gastos de bolsillo hasta alcanzar el límite de gastos de bolsillo general de la familia.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?	Las primas, las penalizaciones por certificación previa, los cargos por facturación de saldo, la atención médica que no cubre este plan y los servicios que se indican en la tabla que comienza en la página 2.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo.

Pending Regulatory Review

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red?	Sí. Para obtener una lista de proveedores de la red, visite www.kp.org/kpic/ppo o llame al 1-800-788-0710 (TTY: 711).	Este plan utiliza una red de proveedores. Pagará menos si usa un proveedor que esté incluido en la red del plan. Pagará más si acude a un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista?	No.	Puede ver al especialista que usted elija sin una derivación.

Todos los **copagos** y el **coseguro** que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar el **deducible**, si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Nivel de proveedor participante: (Usted pagará el mínimo)	Nivel de proveedor no participante (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta de atención primaria para tratar una afección o lesión	$60 por visita, el deducible no se aplica	100% de coseguro	Proveedor no participante: hasta el límite de gastos de bolsillo.
	Consulta con un especialista	$100 por visita	100% de coseguro	Proveedor participante: no se aplica el deducible para las primeras tres visitas Proveedor no participante: hasta el límite de gastos de bolsillo.
	Atención preventiva/ evaluación/vacunas	Sin costo, el deducible no se aplica	40% de coseguro, el deducible no se aplica	Usted tendrá que pagar por los servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego, consulte lo que su plan pagará.
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Radiografías: 40% de coseguro; pruebas de laboratorio: $50 por sesión, el deducible no se aplica.	100% de coseguro	Proveedor no participante: hasta el límite de gastos de bolsillo.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	40% de coseguro	100% de coseguro	Proveedor no participante: hasta el límite de gastos de bolsillo. No tener una certificación previa puede ocasionar una penalización de hasta $500.

Pending Regulatory Review

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Nivel de proveedor participante: (Usted pagará el mínimo)	Nivel de proveedor no participante (Usted pagará el máximo)	
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica Hay más información disponible sobre la **cobertura de medicamentos con receta médica** en www.kp.org/kpic/ppo	Medicamentos genéricos	$20 por receta médica (al por menor); $40 por receta médica (orden por correo), el deducible no se aplica	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días al por menor o un suministro de 100 días en orden por correo (servicio de entrega a domicilio de Walgreens). Sujeto a las pautas de la lista de medicamentos. Los anticonceptivos no tienen costo.
	Medicamentos de marca preferidos	MedImpact: 40% de coseguro hasta $500 por receta médica, después del deducible de los medicamentos.	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días al por menor o un suministro de 100 días en orden por correo (servicio de entrega a domicilio de Walgreens). Sujeto a las pautas de la lista de medicamentos.
	Medicamentos de marca no preferidos	MedImpact: 40% de coseguro hasta $500 por receta médica, después del deducible de los medicamentos.	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días al por menor o un suministro de 100 días en orden por correo (servicio de entrega a domicilio de Walgreens). Sujeto a las pautas de la lista de medicamentos.
	Medicamentos especializados	MedImpact: 40% de coseguro hasta $500 por receta médica, después del deducible de los medicamentos.	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días al por menor. Sujeto a las pautas de la lista de medicamentos.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	40% de coseguro	100% de coseguro	Es necesaria una certificación previa. No tener una certificación previa puede ocasionar una penalización de hasta $500. Proveedor no participante: hasta el límite de gastos de bolsillo
	Tarifas del médico/ cirujano	40% de coseguro	100% de coseguro	Es necesaria una certificación previa. No tener una certificación previa puede ocasionar una penalización de hasta $500. Proveedor no participante: hasta el límite de gastos de bolsillo
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	40% de coseguro	40% de coseguro	No se aplica el coseguro si ingresó al hospital como paciente hospitalizado.
	Transporte médico de emergencia	40% de coseguro	40% de coseguro	Ninguna.
	Atención de urgencia	$60 por visita, el deducible no se aplica	100% de coseguro	Proveedor no participante: hasta el límite de gastos de bolsillo.

Pending Regulatory Review

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Nivel de proveedor participante: (Usted pagará el mínimo)	Nivel de proveedor no participante (Usted pagará el máximo)	
Si necesita hospitalización	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	40% de coseguro	100% de coseguro	Es necesaria una certificación previa (excepto para emergencias u hospitalizaciones después de una mastectomía o cirugía de ganglios linfáticos). No tener una certificación previa puede ocasionar una penalización de hasta $500. Proveedor no participante: hasta el límite de gastos de bolsillo
	Tarifas del médico/ cirujano	40% de coseguro	100% de coseguro	Es necesaria una certificación previa (excepto para emergencias u hospitalizaciones después de una mastectomía o cirugía de ganglios linfáticos). No tener una certificación previa puede ocasionar una penalización de hasta $500. Proveedor no participante: hasta el límite de gastos de bolsillo
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	$60 por visita individual, el deducible no se aplica Los demás servicios para pacientes ambulatorios no tienen costo, el deducible no se aplica.	100% de coseguro	Proveedor participante: $30 por visita grupal, el deducible no se aplica. Proveedor no participante: hasta el límite de gastos de bolsillo.
	Servicios para pacientes hospitalizados	40% de coseguro	100% de coseguro	Es necesaria una certificación previa (no se aplica a las admisiones y los servicios de emergencia). No tener una certificación previa puede ocasionar una penalización de hasta $500. Proveedor no participante: hasta el límite de gastos de bolsillo.

Pending Regulatory Review

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Nivel de proveedor participante: (Usted pagará el mínimo)	Nivel de proveedor no participante (Usted pagará el máximo)	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin costo, el deducible no se aplica.	40% de coseguro, el deducible no se aplica	Se pueden aplicar copagos, coseguros o deducibles según el tipo de servicio. Los cuidados de maternidad podrían incluir los exámenes y servicios que se describen en otras partes del SBC (por ejemplo, ecografía).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	40% de coseguro	100% de coseguro	Proveedor no participante: hasta el límite de gastos de bolsillo
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	40% de coseguro	100% de coseguro	Es necesaria una certificación previa (para las hospitalizaciones por maternidad que superen las 48 horas después de un parto vaginal o las 96 horas después de una cesárea). No tener una certificación previa puede ocasionar una penalización de hasta $500. Proveedor no participante: hasta el límite de gastos de bolsillo
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	40% de coseguro	100% de coseguro	Hasta 100 visitas combinadas por año. (El límite no se aplica a las visitas de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla, ni a los tratamientos de salud mental y de trastornos por abuso de sustancias). Es necesaria una certificación previa. No tener una certificación previa puede ocasionar una penalización de hasta $500. Proveedor no participante: hasta el límite de gastos de bolsillo
	Servicios de rehabilitación	Paciente ambulatorio: $60 por visita, el deducible no se aplica. Paciente hospitalizado: 40% de coseguro	100% de coseguro	Es necesaria una certificación previa. No tener una certificación previa puede ocasionar una penalización de hasta $500. Proveedor no participante: hasta el límite de gastos de bolsillo
	Servicios de habilitación	Paciente ambulatorio: $60 porvisita, el deducible no se aplica; paciente hospitalizado: 40% de coseguro	100% de coseguro	Es necesaria una certificación previa. No tener una certificación previa puede ocasionar una penalización de hasta $500. Proveedor no participante: hasta el límite de gastos de bolsillo

Pending Regulatory Review

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Nivel de proveedor participante: (Usted pagará el mínimo)	Nivel de proveedor no participante (Usted pagará el máximo)	
	Atención de enfermería especializada	40% de coseguro	100% de coseguro	Hasta 100 días por período de beneficios. Es necesaria una certificación previa. (El límite de días no se aplica a los tratamientos médicamente necesarios de salud mental y de trastornos por abuso de sustancias). No tener una certificación previa puede ocasionar una penalización de hasta $500. Proveedor no participante: hasta el límite de gastos de bolsillo.
	Equipo médico duradero	40% de coseguro	100% de coseguro	Hasta un límite de $2,000 por año para ciertos productos. Es necesaria una certificación previa. No tener una certificación previa puede ocasionar una penalización de hasta $500. Proveedor no participante: hasta el límite de gastos de bolsillo
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	Sin costo, el deducible no se aplica	100% de coseguro	Proveedor no participante: hasta el límite de gastos de bolsillo
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin costo, el deducible no se aplica	Sin costo	Limitado a 1 examen por año
	Anteojos para niños	Sin costo, el deducible no se aplica	100% de coseguro	Limitado a 1 par de anteojos por año, de armazones y lentes seleccionados. Proveedor no participante: hasta el límite de gastos de bolsillo
	Control dental para niños	Sin costo, el deducible no se aplica	Sin costo, el deducible no se aplica	Limitado a 2 controles por año

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su Plan, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o el documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

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

Pending Regulatory Review

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).		
• Acupuntura • Cirugía bariátrica	• Tratamiento para la infertilidad	• Cuidado de los ojos de rutina (adultos)

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

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

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

Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente	1-800-788-0710 (TTY: 711) o www.kp.org/memberservices
Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos	1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa/healthreform
Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros	1-877-267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov
Departamento de Seguros de California	1-800-927-4357 o www.insurance.ca.gov

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.
La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles a través del Mercado u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de cobertura esencial mínima, tal vez no sea elegible para el crédito fiscal para primas del plan.

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí.
Si su plan no cumple con el valor mínimo estándar, es posible que cumpla con los requisitos para recibir un crédito fiscal para primas del plan que lo ayudará a pagar un plan en el Mercado.

Pending Regulatory Review

Servicio de acceso a idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-788-0710 (TTY: 711)

Traditional Chinese (中文): 如果需要中文的幫助, 請撥打這個號碼1-800-788-0710 (TTY: 711)

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

Pennsylvania Dutch (Deitsch): Fer Hilf griege in Deitsch, ruf 1-800-278-3296 (TTY: 711) uff

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

Samoan (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-800-278-3296 (TTY: 711).

Carolinian (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-800-278-3296 (TTY: 711).

Chamorro (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, å'gang 1-800-278-3296 (TTY: 711).

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

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

Pending Regulatory Review

Acerca de estos ejemplos de cobertura:

Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este plan cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus proveedores cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos por el plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos planes médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé
(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

- **El deducible general del plan** **$5,800**
- **Copago para el especialista** **$100**
- **Coseguro del hospital (instalaciones)** **40%**
- **Otro copago (análisis de sangre)** **$50**

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

Costo total del ejemplo	**$12,700**
En este ejemplo, Peg pagaría:	
Costos compartidos	
Deducibles	$5,800
Copagos	$200
Coseguro	$1,200
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$50
El total que Peg pagaría es	**$7,250**

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

- **El deducible general del plan** **$5,800**
- **Copago para el especialista** **$100**
- **Coseguro del hospital (instalaciones)** **40%**
- **Otro copago (análisis de sangre)** **$50**

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

Costo total del ejemplo	**$5,600**
En este ejemplo, Joe pagaría:	
Costos compartidos	
Deducibles	$300
Copagos	$800
Coseguro	$700
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Joe pagaría es	**$1,800**

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

- **El deducible general del plan** **$5,800**
- **Copago para el especialista** **$100**
- **Coseguro del hospital (instalaciones)** **40%**
- **Otro coseguro (radiografía)** **40%**

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

Costo total del ejemplo	**$2,800**
En este ejemplo, Mia pagaría:	
Costos compartidos	
Deducibles	$2,400
Copagos	$200
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	**$2,600**

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

Pending Regulatory Review

This page is intentionally left blank.

Pending Regulatory Review

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 ingles

La version oficial del *Resumen de Beneficios y Coberlura* (SBC) es la que esta en ingles. La version en otro idioma es solamente para fines informativos. Puede solicitar a su empleador la version en ingles de este SBC o llamar al 1-800-788-0710 o al 1-800-777-1370 (linea TTY).

Thông báo về phiên bản tài liệu Tóm Lược Quyền lợi và Bảo Hiểm bằng ngôn ngữ không phải tiếng Anh

Phiên bản tiếng Anh của tài liệu Tóm Lược Quyền lợi và Bảo Hiểm (SBC) là phiên bản chính thức. Phiên bản bằng ngôn ngữ khác chỉ nhằm mục đích tham khảo. Quý vị có thể yêu cầu nhận phiên bản tiếng Anh của SBC này từ chủ lao động của mình hoặc bằng cách gọi đến số 1-800-788-0710 (TTY: 711).

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。

Pending Regulatory Review

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: 1-800-482-4TDD
(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

Pending Regulatory Review

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.

Pending Regulatory Review

Notice of Language Assistance

No Cost Language Services. You can get an interpreter and get documents read to you in your language. You may also request for materials to be translated into your language or alternative formats sent to you. 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 de idioma sin costo. Puede obtener servicios de un intérprete y que le lea documentos en su idioma. También puede solicitar que traduzcan materiales a su idioma o que se le envíen en formatos alternativos. Si necesita ayuda, llámenos al número que aparece en su tarjeta de identificación o al 1-800-788-0710. Para obtener más información, llame al Departamento de Seguros de California al 1-800-927-4357. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Spanish

免費語言服務。您可使用口譯員並請人使用您的語言將文件唸給您聽。您也可以要求將資料翻譯成您的語言或以替代格式寄給您。如需幫助，請致電您會員證上所列的電話號碼或致電1-800-788-0710與我們聯絡。如需進一步幫助， 請致電1-800-927-4357與加州保險部聯絡。 TTY使用者請致電711。Chinese

****

Bizaad bee áko t’áá íiyisí bá oolzinígíí. Díí bizaad bee naaltsoos nihá ályaaígíí t’áá íiyisí yíníłta’go bee hane’ doo naaltsoos nihá níłtsą. Díí naaltsoos nihá bąąh yáhoot’éél doo tł’oh yáti’ígíí éí nihá bąąh yáhoot’éélígíí t’áá íiyisí bee ná’álkidgo nihá dah naashá. Ákót’éego baa ahéél ná’ídlwo’, doo bik’ehgo naaltsoos bee naaznilígíí bikáá’ dah naashá ID béésh bee hane’gi t’áá ájít’éego bee hodíílnih doo 1-800-788-0710 áltsé. Díkwíí hóló holne’go, California Béésh Bee Hane’ Áłchíní Bá Hooghan bee 1-800-927-4357 bibeeso biká anilyeed. TTY yáhoot’éél nihá shikaad 711. Navajo

Dịch Vụ Ngôn Ngữ Miễn Phí. Quý vị có thể được bố trí thông dịch viên và người đọc thông tin giấy tờ, tài liệu bằng ngôn ngữ quý vị dùng cho quý vị nghe. Quý vị cũng có thể yêu cầu dịch tài liệu sang ngôn ngữ của quý vị hoặc gửi đến quý vị các định dạng thay thế. Để được giúp đỡ, hãy gọi chúng tôi theo số điện thoại ghi trên thẻ Nhận Dạng (thẻ ID) của quý vị hoặc số 1-800-788-0710. Để được giúp đỡ thêm, vui lòng gọi Sở Bảo Hiểm CA theo số 1-800-927-4357. Người dùng TTY gọi số 711. Vietnamese

무료 언어 서비스. 통역사를 통해 사용하시는 언어로 서류를 읽어드립니다. 또한 사용하시는 언어로 자료를 번역해달라고 요청하거나 대체 형식으로 보내달라고 요청하셔도 됩니다. 도움이 필요한 경우, 회원 신분증에 적힌 번호나 1-800-788-0710번으로 문의하십시오. 추가로 도움이 필요한 경우, 캘리포니아주 보험국 전화번호 1-800-927-4357번으로 문의하시기를 바랍니다. TTY 사용자는 711번으로 전화하십시오. Korean

Walang Gastos na Mga Serbisyo sa Wika. Maaari kayong kumuha ng interpreter at ipabasa ang mga dokumento sa inyong wika. Maaari rin kayong humiling na ang mga materyal ay isalin sa inyong wika o ipadala sa inyo sa mga alternatibong format. Para sa tulong, tawagan kami sa numero na nakalista sa inyong card ng pagkakakilanlan o sa 1-800-788-0710. Para sa higit pang tulong tumawag sa Departamento ng Insurance ng California sa 1-800-927-4357. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711. Tagalog

Անվճար լեզվական ծառայություններ: Դուք կարող եք բանավոր թարգմանիչ ստանալ, և փաստաթղթերը կարող են ընթերցել ձեզ համար ձեր լեզվով: Կարող եք նաև խնդրել, որ նյութերը թարգմանվեն ձեր լեզվով կամ տրամադրվեն ձեզ այլընտրանքային ձևաչափերով: Օգնության համար զանգահարեք մեզ ձեր նույնականացման քարտի վրա նշված համարով կամ 1-800-788-0710 հեռախոսահամարով: Լրացուցիչ օգնության համար զանգահարեք Կալիֆորնիայի Ապահովագրության վարչություն 1-800-927-4357 հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 711: Armenian

Бесплатные услуги переводчика. Вы можете воспользоваться услугами переводчика, и документы будут прочтены для вас на вашем языке. Вы также можете подать запрос о переводе материалов на ваш язык или в альтернативные форматы. Если вам требуется помощь, звоните нам по телефону, указанному на вашей идентификационной карте, или по телефону 1-800-788-0710. Если вам требуется дополнительная помощь, звоните в Департамент страхования штата Калифорния по телефону 1-800-927-4357. Пользователям TTY следует звонить по телефону 711. Russian

無料の言語サービス。 通訳を手配し、書類をあなたの言語で読み上げてもらうことができます。また、ご希望があれば資料をあなたの言語に翻訳したり、別の形式でお届けすることも可能です。サポートが必要な場合は、身分証明カードに記載されている電話番号、または1-800-788-0710にお電話ください。さらにサポートが必要な場合は、カリフォルニア州保険局まで1-800-927-4357にご連絡ください。TTYユーザーの方は、711までお電話にてご連絡ください。Japanese

Pending Regulatory Review

خدمات زبانی رایگان. می‌توانید یک مترجم شفاهی داشته باشید و ترتیبی بدهید تا اسناد به زبان خودتان برای شما خوانده شود. همچنین می‌توانید درخواست کنید که مطالب به زبان شما ترجمه شود یا در قالب‌های جایگزین برای شما ارسال گردد. برای دریافت کمک و راهنمایی، با شماره مندرج در کارت شناسایی یا 1-800-788-0710 با ما تماس بگیرید. برای دریافت راهنمایی بیشتر با اداره بیمه کالیفرنیا به شماره 1-800-927-4357 تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 711 تماس بگیرند. Farsi

ਮੁਫ਼ਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਸਹਾਇਤਾ ਨਾਲ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਪੜ੍ਹਵਾ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਮੱਗਰੀ ਦੇ ਅਨੁਵਾਦ ਜਾਂ ਵਿਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੈਟਾਂ ਦੀ ਵੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ, ਸਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਨੰਬਰ ਜਾਂ 1-800-788-0710 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਹੋਰ ਮਦਦ ਲਈ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਬੀਮਾ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ 1-800-927-4357 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। TTY ਦੇ ਉਪਯੋਗਕਰਤਾ 711 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। ਪੰਜਾਬੀ Punjabi

សេវាកាសាឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែនិងទទួលបានឯកសារអានជូនអ្នក ក្នុងភាសារបស់អ្នក។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំព័ត៌មានជាច្រើនដើម្បីបកប្រែក្នុងភាសារបស់អ្នក ឬទម្រង់ផ្សេងទៀត ត្រូវបានផ្ញើទៅអ្នក។ សម្រាប់ជំនួយ សូមទូរសព្ទមកលេខដែលមាននៅលើកាតសម្គាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬនៅលេខ 1-800-788-0710។ សម្រាប់ជំនួយបន្ថែម សូមទូរសព្ទទៅនាយកដ្ឋានជានារ៉ាប់រងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាលេខ 1-800-927-4357។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមហៅទៅលេខ 711។ Khmer

خدمات لغوية بدون تكلفة. يمكنك الحصول على مترجم وقراءة الوثائق لك بلغتك. يجوز لك أيضاً طلب إرسال وثائق مترجمة بلغتك أو صيغ بديلة. للحصول على المساعدة، اتصل بنا على الرقم الموجود على بطاقة الهوية الخاصة بك أو 1-800-788-0710 . لمزيد من المساعدة اتصل بقسم التأمين في كاليفورنيا على الرقم 1-800-927-4357. على مستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711. العربية. Arabic

Kev Pab Txhais Lus Dawb. Koj tuaj yeem txais ib tug kws txhais lus thiab txais kev nyeem cov ntaub ntawv ua koj hom lus. Koj tuaj kheev thov kom muab cov ntaub ntawv txhais mus ua koj hom lus los sis xa ua lwm hom ntawv tuaj rau koj huv si. Yog xav tau kev pab, hu rau nyob ntawm tus xov tooj uas sau nyob rau ntawm koj daim npav cim thawj los sis 1-800-788-0710. Rau 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

बिना किसी लागत के भाषा सेवाएँ। आप एक दुभाषिया प्राप्त कर सकते हैं और दस्तावेज़ आपको आपकी भाषा में पढ़ कर सुनाए जा सकते हैं। आप सामग्रियों को अपनी भाषा या आपको भेजे जाने वाले वैकल्पिक प्रारूप में अनुवाद करवाने के लिए भी अनुरोध कर सकते हैं। सहायता के लिए, अपने आईडी कार्ड पर दिये नम्बर या 1-800-788-0710 पर हमें कॉल करें। अधिक सहायता के लिए कैलिफोर्निया डिपार्टमेंट ऑफ इंशोरेंस को 1-800-927-4357 पर कॉल करें। TTY प्रयोक्ता 711 पर कॉल करें। हिंदी: Hindi

บริการด้านภาษาที่ไม่คิดค่าบริการ คุณสามารถขอใช้บริการล่ามและบริการอ่านเอกสารให้ฟังเป็นภาษาของคุณได้ คุณอาจขอเอกสารที่แปลเป็นภาษาของคุณหรือในรูปแบบอื่นที่ส่งถึงคุณได้ หากต้องการความช่วยเหลือ โปรดติดต่อหมายเลขโทรศัพท์ที่ปรากฏบนบัตรประจำตัวของคุณหรือติดต่อหมายเลข 1-800-788-0710 หากต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม โปรดติดต่อกรมการประกันภัยของรัฐแคลิฟอร์เนียที่หมายเลข 1-800-927-4357 ผู้ใช้เครื่อง TTY โปรดติดต่อหมายเลข 711 Thai

Pending Regulatory Review

This page is intentionally left blank.

Pending Regulatory Review

KAISER PERMANENTE®
Kaiser Permanente Insurance Company : **Bronze 60 PPO 5800/60 PCP + Child Dental INF**

Coverage for: Individual / Family | Plan Type: PPO

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: $5,800 Individual / $11,600 Family. Non-Participating Provider Tier: $10,800 Individual / $21,600 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. $450 Individual / $900 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: $11,650 Individual / $23,300 Family. Non-Participating Provider Tier: $23,300 Individual / $46,600 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.

Pending Regulatory Review

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	$60 / visit, deductible does not apply	100% coinsurance	Non-Participating Provider: Up to out-of-pocket limit.
	Specialist visit	$100 / visit	100% coinsurance	Participating Provider: Deductible waived for first three visits 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	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: $50 / 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: $20 / prescription (retail), $40 / 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: 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.
	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.
	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.

Pending Regulatory Review

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 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
	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	$60 / visit, deductible does not apply	100% coinsurance	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	$60 / individual visit, deductible does not apply. No charge for other outpatient services, deductible does not apply.	100% coinsurance	Participating Provider: $30 / group visit, deductible does not apply. 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. Non-Participating Provider: Up to out-of-pocket limit.

Pending Regulatory Review

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 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
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: $60/ 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: $60 / 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

Pending Regulatory Review

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 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.)

- Chiropractic care
- Cosmetic surgery
- Dental care (Adult)
- Hearing aids
- Long-term care
- Non-emergency care when traveling outside the U.S
- 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
- 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

Pending Regulatory Review

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)

Traditional Chinese (中文): 如果需要中文的幫助, 請撥打這個號碼1-800-788-0710 (TTY: 711)

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

Pennsylvania Dutch (Deitsch): Fer Hilf griege in Deitsch, ruf 1-800-278-3296 (TTY: 711) uff

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

Samoan (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-800-278-3296 (TTY: 711).

Carolinian (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-800-278-3296 (TTY: 711).

Chamorro (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, å'gang 1-800-278-3296 (TTY: 711).

To see examples of how this plan might cover costs for a simple 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)

Pending Regulatory Review

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	$5,800
Specialist copayment	$100
Hospital (facility) coinsurance	40%
Other (blood work) copayment	$50

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

Total Example Cost	**$12,700**
In this example, Peg would pay:	
Cost Sharing	
Deductibles	$5,800
Copayments	$200
Coinsurance	$1,200
What isn't covered	
Limits or exclusions	$50
The total Peg would pay is	**$7,250**

Managing Joe's Type 2 Diabetes
(a year of routine in-network care of a well-controlled condition)

The plan's overall deductible	$5,800
Specialist copayment	$100
Hospital (facility) coinsurance	40%
Other (blood work) copayment	$50

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

Total Example Cost	**$5,600**
In this example, Joe would pay:	
Cost Sharing	
Deductibles	$300
Copayments	$800
Coinsurance	$700
What isn't covered	
Limits or exclusions	$0
The total Joe would pay is	**$1,800**

Mia's Simple Fracture
(in-network emergency room visit and follow up care)

The plan's overall deductible	$5,800
Specialist copayment	$100
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:	
Cost Sharing	
Deductibles	$2,400
Copayments	$200
Coinsurance	$0
What isn't covered	
Limits or exclusions	$0
The total Mia would pay is	**$2,600**

Pending Regulatory Review

The plan would be responsible for the other costs of these EXAMPLE covered services.