Bản Tóm Lược Quyền Lợi và Bảo Hiểm (Summary of Benefits and Coverage, SBC) sẽ giúp quý vị lựa 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 đài thọ. LƯU Ý: Thông tin về chi phí của chương trình này (được gọi là phí bảo hiểm) sẽ được cung cấp trong tài liệu 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 khoản chênh lệch, tiền đồng bảo hiểm, tiền đồng trả, tiền khấu trừ, nhà cung cấp hoặc các thuật ngữ được gạch dưới khác, hãy xem Bảng Chú Giải Thuật Ngữ. Quý vị có thể xem Bảng Chú Giải Thuật Ngữ tại www.healthcare.gov/sbc-glossary hoặc gọi số 1-800-788-0710 (TTY: 711) để yêu cầu một bản sao.

Những Câu Hỏi Quan Trọng	Trả Lời	Tại Sao Điều Này Quan Trọng:
Tổng số tiền khấu trừ là bao nhiêu?	Bậc của Nhà Cung Cấp Tham Gia Chương Trình: $0 dành cho Cá Nhân / $0 dành cho Gia Đình. Bậc của Nhà Cung Cấp Không Tham Gia Chương Trình: $500 dành cho Cá Nhân / $1,000 dành cho Gia Đình	Thông thường, quý vị phải trả mọi chi phí từ các nhà cung cấp cho đến khi đạt đến số tiền khấu trừ thì chương trình này mới bắt đầu chi trả. Nếu quý vị có thành viên khác trong gia đình tham gia chương trình, mỗi thành viên trong gia đình phải đạt đến số tiền khấu trừ cá nhân của riêng mình cho đến khi tổng số tiền khấu trừ được trả bởi mọi thành viên trong gia đình đạt đến tổng số tiền khấu trừ của gia đình.
Có dịch vụ nào được đài thọ trước khi đạt đến số tiền khấu trừ không?	Có. Dịch vụ chăm sóc phòng ngừa và những dịch vụ được nêu trong bảng bắt đầu ở trang 2.	Chương trình này đài thọ một số vật dụng và dịch vụ ngay cả khi quý vị chưa đạt đến số tiền khấu trừ. Nhưng quý vị có thể phải thanh toán tiền đồng trả hoặc tiền đồng bảo hiểm. Ví dụ, chương trình này đài thọ một số dịch vụ phòng ngừa nhất định mà không cần chia sẻ chi phí trước khi quý vị đạt đến tiền khấu trừ của mình. Xem danh sách dịch vụ phòng ngừa được đài thọ tại https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.
Có tiền khấu trừ khác cho những dịch vụ cụ thể không?	Không	Quý vị không cần phải đạt đến số tiền khấu trừ cho những dịch vụ cụ thể.
Giới hạn chi phí tự trả cho chương trình này là bao nhiêu?	Bậc của Nhà Cung Cấp Tham Gia Chương Trình: $5,000 dành cho Cá Nhân / $10,000 dành cho Gia Đình. Bậc của Nhà Cung Cấp Không Tham Gia Chương Trình: $10,000 dành cho Cá Nhân / $20,000 dành cho Gia Đình	Giới hạn chi phí tự trả là số tiền cao nhất mà quý vị có thể trả trong một năm cho những dịch vụ được đài thọ. Nếu quý vị có thành viên khác trong gia đình tham gia chương trình này, họ phải đạt đến các mức giới hạn chi phí tự trả của riêng mình cho đến khi đạt được tổng mức giới hạn chi phí tự trả của gia đình.
Những khoản nào không bao gồm trong giới hạn chi phí tự trả?	Phí bảo hiểm, tiền phạt chứng nhận trước, phí lập hóa đơn khoản chênh lệch và các dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà chương trình này không đài thọ, được thể hiện trong bảng bắt đầu tại trang 2.	Mặc dù quý vị trả những chi phí này nhưng chúng không được tính vào mức giới hạn chi phí tự trả.

Pending Regulatory Review

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

Mọi chi phí **tiền đồng trả** và **tiền đồng bảo hiểm** được trình bày trong bảng này 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 Bậc của Nhà Cung Cấp Tham Gia Chương Trình (Quý vị sẽ trả mức ít nhất)	Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Bậc của Nhà Cung Cấp Không Tham Gia Chương Trình (Quý vị sẽ trả mức nhiều nhất)	Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác
Nếu quý vị đi khám tại văn phòng hoặc phòng khám của một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe	Thăm khám chăm sóc chính để điều trị chấn thương hay bệnh tật	$25/lần thăm khám	30% tiền đồng bảo hiểm	Không có.
	Thăm khám với bác sĩ chuyên khoa	$40/lần thăm khám	30% tiền đồng bảo hiểm	Không có.
	Chăm sóc phòng ngừa/ Khám sàng lọc / Chủng Ngừa	Miễn phí	30% tiền đồng bảo hiểm, không áp dụng tiền khấu trừ	Quý vị có thể phải chi trả cho những dịch vụ không phải phòng ngừa. Hỏi nhà cung cấp của quý vị xem dịch vụ mà quý vị cần có phải là dịch vụ phòng ngừa không. Sau đó kiểm tra số tiền mà chương trình của quý vị sẽ trả.
Nếu quý vị làm xét nghiệm	Xét nghiệm chẩn đoán (chụp X-quang, xét nghiệm máu)	Chụp X-quang: $45/lần thực hiện Xét nghiệm: $25/lần thực hiện	30% tiền đồng bảo hiểm	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)	15% tiền đồng bảo hiểm	30% tiền đồng bảo hiểm	Bắt buộc phải xin chứng nhận trước. Việc không xin chứng nhận trước có thể khiến quý vị bị phạt lên tới $500.

Pending Regulatory Review

Sự Kiện Y Khoa Thông Thường	Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần	Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Bậc của Nhà Cung Cấp Tham Gia Chương Trình (Quý vị sẽ trả mức ít nhất)	Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Bậc của Nhà Cung Cấp Không Tham Gia Chương Trình (Quý vị sẽ trả mức nhiều nhất)	Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác
Nếu quý vị cần thuốc để điều trị bệnh tật hay tình trạng của quý vị Thông tin thêm về **bảo hiểm thuốc theo toa** hiện có tại www.kp.org/kpic/ppo	Thuốc gốc	MedImpact: $10/toa thuốc (mua lẻ), $20/toa thuốc (đặt mua qua đường bưu điện)	Không được đài thọ	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 danh mục thuốc. Miễn phí thuốc tránh thai.
	Thuốc biệt dược ưu tiên	MedImpact: $30/toa thuốc (mua lẻ), $60/toa thuốc (đặt mua qua đường bưu điện)	Không được đài thọ	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 danh mục thuốc.
	Thuốc biệt dược không ưu tiên	MedImpact: $30/toa thuốc (mua lẻ), $60/toa thuốc (đặt mua qua đường bưu điện)	Không được đài thọ	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 danh mục thuốc.
	Thuốc chuyên khoa	MedImpact: 10% tiền đồng bảo hiểm tối đa $250/toa thuốc	Không được đài thọ	Lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày khi mua lẻ. Tuân theo quy định trong danh mục thuốc.
Nếu quý vị thực hiện phẫu thuật ngoại trú	Phí cơ sở (như trung tâm phẫu thuật ngoại trú)	10% tiền đồng bảo hiểm	30% tiền đồng bảo hiểm	Bắt buộc phải xin chứng nhận trước. Việc không xin chứng nhận trước có thể khiến quý vị bị phạt lên tới $500.
	Phí bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật	10% tiền đồng bảo hiểm	30% tiền đồng bảo hiểm	Bắt buộc phải xin chứng nhận trước. Việc không xin chứng nhận trước có thể khiến quý vị bị phạt lên tới $500.
Nếu quý vị cần được chăm sóc y tế ngay lập tức	Chăm sóc tại phòng cấp cứu	$250/lần thăm khám	$250/lần thăm khám, không áp dụng tiền khấu trừ	Miễn tiền đồng trả nếu nhập viện theo chế độ bệnh nhân nội trú.
	Chuyên chở y tế cấp cứu	$150/chuyến	$150/chuyến, không áp dụng tiền khấu trừ	Không có.
	Chăm sóc khẩn cấp	$25/lần thăm khám	30% tiền đồng bảo hiểm	Không có.

Pending Regulatory Review

Sự Kiện Y Khoa Thông Thường	Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần	Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Bậc của Nhà Cung Cấp Tham Gia Chương Trình (Quý vị sẽ trả mức ít nhất)	Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Bậc của Nhà Cung Cấp Không Tham Gia Chương Trình (Quý vị sẽ trả mức nhiều nhất)	Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác
Nếu quý vị nằm viện	Phí cơ sở (như phòng bệnh viện)	10% tiền đồng bảo hiểm	30% tiền đồng bảo hiểm	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 khiến quý vị bị phạt lên tới $500.
	Phí bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật	10% tiền đồng bảo hiểm	30% tiền đồng bảo hiểm	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 khiến quý vị 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 tính phí cho các dịch vụ ngoại trú khác.	30% tiền đồng bảo hiểm	Nhà Cung Cấp Tham Gia Chương Trình: $12/lần thăm khám theo nhóm
	Dịch vụ nội trú	10% tiền đồng bảo hiểm	30% tiền đồng bảo hiểm	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 khiến quý vị bị phạt lên tới $500.
Nếu quý vị mang thai	Khám tại văn phòng	Miễn phí	30% tiền đồng bảo hiểm	Tùy vào loại dịch vụ, có thể áp dụng tiền đồng trả, tiền đồng bảo hiểm hoặc tiền khấu trừ. 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	10% tiền đồng bảo hiểm	30% tiền đồng bảo hiểm	Không có.
	Dịch vụ tại cơ sở về sinh con/sinh đẻ	10% tiền đồng bảo hiểm	30% tiền đồng bảo hiểm	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 khiến quý vị bị phạt lên tới $500.

Pending Regulatory Review

Sự Kiện Y Khoa Thông Thường	Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần	Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Bậc của Nhà Cung Cấp Tham Gia Chương Trình (Quý vị sẽ trả mức ít nhất)	Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Bậc của Nhà Cung Cấp Không Tham Gia Chương Trình (Quý vị sẽ trả mức nhiều nhất)	Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác
Nếu quý vị cần được trợ giúp phục hồi hoặc có các nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt khác	Chăm sóc sức khỏe tại gia	10% tiền đồng bảo hiểm	30% tiền đồng bảo hiểm	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 khiến quý vị bị phạt lên tới $500.
	Dịch vụ phục hồi chức năng	Ngoại trú: $25/lần thăm khá Dịch vụ nội trú: 10% tiền đồng bảo hiểm	30% tiền đồng bảo hiểm	Bắt buộc phải xin chứng nhận trước. Việc không xin chứng nhận trước có thể khiến quý vị bị phạt lên tới $500.
	Dịch vụ luyện tập chức năng	Ngoại trú: $25/lần thăm khám. Dịch vụ nội trú: 10% tiền đồng bảo hiểm	30% tiền đồng bảo hiểm	Bắt buộc phải xin chứng nhận trước. Việc không xin chứng nhận trước có thể khiến quý vị bị phạt lên tới $500.
	Chăm sóc điều dưỡng chuyên môn	10% tiền đồng bảo hiểm	30% tiền đồng bảo hiểm	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 khiến quý vị bị phạt lên tới $500.
	Thiết bị y khoa lâu bền	10% tiền đồng bảo hiểm	30% tiền đồng bảo hiểm	Giới hạn lên đến $2,000/năm cho một số vật dụng nhất định. Bắt buộc phải xin chứng nhận trước. Việc không xin chứng nhận trước có thể khiến quý vị bị phạt lên tới $500.
	Dịch vụ chăm sóc giai đoạn cuối đời	Miễn phí	30% tiền đồng bảo hiểm	Không có
Nếu con quý vị cần được chăm sóc nha khoa hay nhãn khoa	Khám mắt cho trẻ em	Miễn phí	Miễn phí	Giới hạn 1 lần thăm khám/năm
	Mắt kính cho trẻ em	Miễn phí	10% tiền đồng bảo hiểm	Giới hạn 1 cặp mắt kính/năm cho một số gọng và tròng kính tuyển chọn.
	Khám răng cho trẻ em	Miễn phí	Miễn phí	Giới hạn 2 lần khám sức khỏe tổng quát/năm

Pending Regulatory Review

Dịch Vụ Bị Loại Trừ và Các Dịch Vụ Được Đài Thọ Khác:

Những Dịch Vụ Mà Chương Trình Của Quý Vị Thường KHÔNG Đài Thọ (Xem hợp đồng bảo hiểm hoặc tài liệu chương trình của quý vị để biết thêm thông tin và danh sách về bất kỳ dịch vụ bị loại trừ nào khác.)

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

Các Dịch Vụ Được Đài Thọ 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.)

- Châm cứu
- Phẫu thuật giảm cân
- Chăm sóc mắt định kỳ (Người lớn)

Quyền Tiếp Tục Được Bảo Hiểm của Quý Vị: Có những cơ quan có thể hỗ trợ nếu quý vị muốn tiếp tục sử dụng 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. Ngoài ra, quý vị cũng có thể sử dụng những lựa chọn bảo hiểm khác, như mua bảo hiểm cá nhân thông qua Thị Trường Bảo Hiểm Y Tế. 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 hỗ trợ nếu quý vị có 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 liên quan đến 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 nếu cần được trợ giúp, hãy liên hệ với các cơ quan trong bảng bên dưới.

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

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

Bảo Hiểm Thiết Yếu 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 đủ điều kiện hưởng một số loại Bảo Hiểm Thiết Yếu Tối Thiểu nhất định, quý vị có thể đủ điều kiện hưởng tín thuế phí bảo hiểm.

Pending Regulatory Review

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 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)

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).

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 bảo hiểm bởi Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC), một công ty con của Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP)

Pending Regulatory Review

Giới Thiệu về Các Ví Dụ Bảo Hiểm này:

Đây không phải là 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 cho 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, mức giá của nhà cung cấp và nhiều yếu tố khác. Tập trung vào phần chia sẻ chi phí (tiền khấu trừ, tiền đồng trả và tiền đồng bảo hiểm) và các dịch vụ bị 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 rằng những ví dụ về bảo hiểm này 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** **$0**
- **Tiền đồng trả cho bác sĩ chuyên khoa** **$40**
- **Tiền đồng bảo hiểm cho bệnh viện (cơ sở)** **10%**
- **Tiền đồng trả khác (xét nghiệm máu)** **$25**

Trường hợp MẪU này bao gồm những dịch vụ như:
Thăm 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)*
Thăm khám với bác sĩ chuyên khoa *(thuốc gây mê/tê)*

Tổng Chi Phí Mẫu	**$12,700**
Trong ví dụ này, Peg sẽ trả:	
Khoản Chia Sẻ Chi Phí	
Tiền Khấu Trừ	$0
Tiền Đồng Trả	$200
Tiền Đồng Bảo Hiểm	$800
Những gì không được đài thọ	
Các giới hạn hoặc loại trừ	$50
Tổng số tiền Peg sẽ trả là	**$1,050**

Kiểm Soát Bệnh Tiểu Đường Loại 2 của Joe
(một năm chăm sóc thường kỳ trong mạng lưới cho tình trạng được kiểm soát tốt)

- **Tổng số tiền khấu trừ của chương trình** **$0**
- **Tiền đồng trả cho bác sĩ chuyên khoa** **$40**
- **Tiền đồng bảo hiểm cho bệnh viện (cơ sở)** **10%**
- **Tiền đồng trả khác (xét nghiệm máu)** **$25**

Trường hợp MẪU này bao gồm những dịch vụ như:
Thăm khám tại văn phòng của bác sĩ chăm sóc chính *(bao gồm hướng dẫn về bệnh)*
Kiểm tra chẩn đoán *(xét nghiệm máu)*
Thuốc theo toa
Thiết bị y khoa lâu bền *(máy đo glucose)*

Tổng Chi Phí Mẫu	**$5,600**
Trong ví dụ này, Joe sẽ trả:	
Khoản Chia Sẻ Chi Phí	
Tiền Khấu Trừ	$0
Tiền Đồng Trả	$900
Tiền Đồng Bảo Hiểm	$50
Những gì không được đài thọ	
Các giới hạn hoặc loại trừ	$0
Tổng số tiền Joe sẽ trả là	**$950**

Tình Trạng Gãy Xương Nhẹ của Mia
(thăm khám tại phòng cấp cứu và chăm sóc theo dõi trong mạng lưới)

- **Tổng số tiền khấu trừ của chương trình** **$0**
- **Tiền đồng trả cho bác sĩ chuyên khoa** **$40**
- **Tiền đồng bảo hiểm cho bệnh viện (cơ sở)** **10%**
- **Tiền đồng trả khác *(chụp X-quang)*** **$45**

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	**$2,800**
Trong ví dụ này, Mia sẽ trả:	
Khoản Chia Sẻ Chi Phí	
Tiền Khấu Trừ	$0
Tiền Đồng Trả	$600
Tiền Đồng Bảo Hiểm	$0
Những gì không được đài thọ	
Các giới hạn hoặc loại trừ	$0
Tổng số tiền Mia sẽ trả là	**$600**

Pending Regulatory Review

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 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: Platinum 90 PPO 0/25 PCP + Child Dental

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: $0 Individual / $0 Family. Non-Participating Provider Tier: $500 Individual / $1,000 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: $5,000 Individual / $10,000 Family. Non-Participating Provider Tier: $10,000 Individual / $20,000 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	$25 / visit	30% coinsurance	None.
	Specialist visit	$40 / visit	30% coinsurance	None.
	Preventive care/screening/ Immunization	No charge	30% 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: $45 / test Lab tests: $25 / test	30% coinsurance	None.
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	15% coinsurance	30% 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: $10 / prescription (retail), $20 / prescription (mail order)	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: $30 / prescription (retail), $60 / prescription (mail order)	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: $30 / prescription (retail), $60 / prescription (mail order)	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: 10% coinsurance up to $250 / prescription	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)	10% coinsurance	30% coinsurance	Precertification required. Failure to precertify may result in a penalty of up to $500.
	Physician/surgeon fees	10% coinsurance	30% coinsurance	Precertification required. Failure to precertify may result in a penalty of up to $500.

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 need immediate medical attention	Emergency room care	$250 / visit	$250 / visit, deductible does not apply	Copayment waived if admitted to hospital as inpatient.
	Emergency medical transportation	$150 / trip	$150 / trip, deductible does not apply	None.
	Urgent care	$25 / visit	30% coinsurance	None.
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	10% coinsurance	30% 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	10% coinsurance	30% 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. No charge for other outpatient services.	30% coinsurance	Participating Provider: $12 / group visit
	Inpatient services	10% coinsurance	30% 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	30% coinsurance	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	10% coinsurance	30% coinsurance	None.
	Childbirth/delivery facility services	10% coinsurance	30% 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.

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 need help recovering or have other special health needs	Home health care	10% coinsurance	30% 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. Inpatient: 10% coinsurance	30% coinsurance	Precertification required. Failure to precertify may result in a penalty of up to $500.
	Habilitation services	Outpatient: $25 / visit. Inpatient: 10% coinsurance	30% coinsurance	Precertification required. Failure to precertify may result in a penalty of up to $500.
	Skilled nursing care	10% coinsurance	30% 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	10% coinsurance	30% 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	30% coinsurance	None
If your child needs dental or eye care	Children's eye exam	No charge	No charge	Limited to 1 exam / year
	Children's glasses	No charge	10% coinsurance	Limited to 1 pair of glasses/year from select frames and lenses.
	Children's dental check-up	No charge	No charge	Limited to 2 check-ups / year

Pending Regulatory Review

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
- Infertility treatment
- 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
- 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)

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).

Pending Regulatory Review

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** **$0**
- **Specialist copayment** **$40**
- **Hospital (facility) coinsurance** **10%**
- **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:	
Cost Sharing	
Deductibles	$0
Copayments	$200
Coinsurance	$800
What isn't covered	
Limits or exclusions	$50
The total Peg would pay is	**$1,050**

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

- **The plan's overall deductible** **$0**
- **Specialist copayment** **$40**
- **Hospital (facility) coinsurance** **10%**
- **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:	
Cost Sharing	
Deductibles	$0
Copayments	$900
Coinsurance	$50
What isn't covered	
Limits or exclusions	$0
The total Joe would pay is	**$950**

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

- **The plan's overall deductible** **$0**
- **Specialist copayment** **$40**
- **Hospital (facility) coinsurance** **10%**
- **Other (*x-ray*) copayment** **$45**

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	$0
Copayments	$600
Coinsurance	$0
What isn't covered	
Limits or exclusions	$0
The total Mia would pay is	**$600**

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

Pending Regulatory Review