

Summary of Benefits and Coverage: What this Plan Covers & What You Pay for Covered Services

 **KAISER PERMANENTE® : Essential Workforce Healthcare Trust – Custom Deductible Plan**

All [plans](#) offered and underwritten by Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest



Coverage Period: 01/01/2024-12/31/2024

Coverage for: Individual / Family | **Plan Type:** EPO



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 see www.kp.org/plandocuments or call 1-800-813-2000 (TTY: 711). For 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 <http://www.healthcare.gov/sbc-glossary> or call 1-800-813-2000 (TTY: 711) to request a copy.

Important Questions	Answers	Why This Matters:
What is the overall deductible ?	\$800 Individual / \$1,600 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?	No.	You don't have to meet deductibles for specific services.
What is the out-of-pocket limit for this plan ?	\$2,000 Individual / \$4,000 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 , health care this plan doesn't cover, and services 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 or call 1-800-813-2000 (TTY: 711) for a list of Participating 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 ?	Yes, but you may self-refer to certain specialists .	This plan will pay some or all of the costs to see a specialist for covered services but only if you have a referral before you see the specialist .
--	--	--

 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 (You will pay the least)	Non-Participating Provider (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	\$20 / visit, deductible does not apply.	Not covered	\$5 / visit, deductible does not apply for the first 3 outpatient visits combined for primary care, mental/behavioral health, substance abuse services, and other qualified visits.
	Specialist visit	\$40 / visit, deductible does not apply.	Not covered	None
	Preventive care/screening/immunization	No charge, deductible does not apply.	Not covered	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: 20% coinsurance Lab tests: 20% coinsurance	Not covered	None
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	20% coinsurance	Not covered	Some services may require prior authorization.
If you need drugs to treat your illness or condition More information about prescription drug coverage is available at www.kp.org/formulary	Generic drugs	No charge (retail & mail order), deductible does not apply.	Not covered	Up to a 30-day supply (retail); up to a 90-day supply (mail order). Subject to formulary guidelines.
	Preferred brand drugs	\$30 (retail); \$60 (mail order) / prescription, deductible does not apply.	Not covered	Up to a 30-day supply (retail); up to a 90-day supply (mail order). Subject to formulary guidelines.
	Non-preferred brand drugs	\$80 (retail); \$160 (mail order) / prescription, deductible does not apply.	Not covered	Up to a 30-day supply (retail); up to a 90-day supply (mail order). Subject to formulary guidelines, when approved through exception process.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Participating Provider (You will pay the least)	Non-Participating Provider (You will pay the most)	
	Specialty drugs	\$100 (retail) / prescription, deductible does not apply	Not covered	Up to a 30-day supply (retail). Subject to formulary guidelines, when approved through exception process.
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	20% coinsurance	Not covered	Prior authorization required.
	Physician/surgeon fees	20% coinsurance	Not covered	Prior authorization required.
If you need immediate medical attention	Emergency room care	20% coinsurance	20% coinsurance	None
	Emergency medical transportation	20% coinsurance	20% coinsurance	None
	Urgent care	\$60 / visit, deductible does not apply.	Not covered	Non-Participating Providers covered when temporarily outside the service area: \$60 / visit, deductible does not apply.
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	20% coinsurance	Not covered	Prior authorization required.
	Physician/surgeon fees	20% coinsurance	Not covered	Prior authorization required.
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	\$20 / visit, deductible does not apply.	Not covered	\$5 / visit, deductible does not apply for the first 3 outpatient visits combined for primary care, mental/behavioral health, substance abuse services, and other qualified visits.
	Inpatient services	20% coinsurance	Not covered	Prior authorization required.
If you are pregnant	Office visits	No charge, deductible does not apply.	Not covered	Depending on the type of services, a copayment , coinsurance , or deductible may apply. Maternity care may include tests and services described elsewhere in the SBC (i.e., ultrasound).
	Childbirth/delivery professional services	20% coinsurance	Not covered	None
	Childbirth/delivery facility services	20% coinsurance	Not covered	None

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Participating Provider (You will pay the least)	Non-Participating Provider (You will pay the most)	
If you need help recovering or have other special needs	Home health care	20% coinsurance	Not covered	130 visit limit / year. Prior authorization required.
	Rehabilitation services	Outpatient: \$40 / visit, deductible does not apply. Inpatient: 20% coinsurance	Not covered	Outpatient: 40 visit limit / therapy / year. Prior authorization required. Inpatient: Prior authorization required.
	Habilitation services	\$40 / visit, deductible does not apply.	Not covered	40 visit limit / therapy / year. Prior authorization required.
	Skilled nursing care	20% coinsurance	Not covered	60 day limit / year. Prior authorization required.
	Durable medical equipment	20% coinsurance	Not covered	Subject to formulary guidelines. Prior authorization required.
	Hospice services	No charge, deductible does not apply.	Not covered	Prior authorization required.
If your child needs dental or eye care	Children's eye exam	\$20 / visit for refractive exam, deductible does not apply.	Not covered	None
	Children's glasses	Not covered	Not covered	None
	Children's dental checkups	Not covered	Not covered	None

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 .)			
- Children's glasses - Cosmetic surgery - Dental care (Adult and Child)	- 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 (12 visit limit / year)
- Bariatric surgery
- Chiropractic care (20 visit limit / year)
- Hearing aids (dependents under age 26: 1 aid / ear, every 36 months)
- Infertility treatment (\$50,000 limit / lifetime)
- 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.

Kaiser Permanente Member Services	1-800-813-2000 (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
Oregon Division of Financial Regulation	1-888-877-4894 or www.dfr.oregon.gov
Washington Department of Insurance	1-800-562-6900 or www.insurance.wa.gov

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

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 1-800-813-2000 (TTY: 711).
- Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-813-2000 (TTY: 711).
- Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-800-813-2000 (TTY: 711).
- Navajo (Dine): Dinek’ehgo shika at’ohwol ninisingo, kwijigo holne’ 1-800-813-2000 (TTY: 711).

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

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	\$800
■ Specialist copayment	\$40
■ Hospital (facility) coinsurance	20%
■ Other (blood work) coinsurance	20%

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	\$800
Copayments	\$0
Coinsurance	\$1,200
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$60
The total Peg would pay is	\$2,060

Managing Joe's Type 2 Diabetes

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

■ The plan's overall deductible	\$800
■ Specialist copayment	\$40
■ Hospital (facility) coinsurance	20%
■ Other (blood work) coinsurance	20%

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	\$200
Copayments	\$500
Coinsurance	\$0
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$0
The total Joe would pay is	\$700

Mia's Simple Fracture

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

■ The plan's overall deductible	\$800
■ Specialist copayment	\$40
■ Hospital (facility) coinsurance	20%
■ Other (x-ray) coinsurance	20%

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	\$800
Copayments	\$300
Coinsurance	\$200
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$0
The total Mia would pay is	\$1,300

Nondiscrimination Notice

Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (Kaiser Health Plan) complies with applicable federal and state civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation. Kaiser Health Plan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation. We also:

- Provide no cost aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats, such as large print, audio, and accessible electronic formats
- Provide no cost language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, call Member Services at **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

If you believe that Kaiser Health Plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation, you can file a grievance with our Civil Rights Coordinator, by mail, phone, or fax. If you need help filing a grievance, our Civil Rights Coordinator is available to help you. You may contact our Civil Rights Coordinator at: Member Relations Department, Attention: Kaiser Civil Rights Coordinator, 500 NE Multnomah St. Ste 100, Portland, OR 97232-2099, Phone: **1-800-813-2000** (TTY: **711**), Fax: **1-855-347-7239**.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, 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 2020, Phone: 1-800-368-1019, TDD: 1-800-537-7697. Complaint forms are available at www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

For Washington Members

You can also file a complaint with the Washington State Office of the Insurance Commissioner, electronically through the Office of the Insurance Commissioner Complaint portal, available at <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, or by phone at 1-800-562-6900, or 360-586-0241 (TDD). Complaint forms are available at <https://fortress.wa.gov/oic/onlineServices/cc/pub/complaintinformation.aspx>.

HELP IN YOUR LANGUAGE

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-813-2000 (TTY: 711).

አማርኛ (Amharic) ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-800-813-2000 (TTY: 711)፡፡

العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-813-2000 (TTY: 711)፡፡

中文 (Chinese) 注意: 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-813-2000 (TTY: 711)፡፡

فارسی (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-800-813-2000 (TTY: 711) تماس بگیرید.

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-813-2000 (TTY: 711).

日本語 (Japanese) 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-813-2000 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

ខ្មែរ (Khmer) ប្រយោជន៍: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានស្រាប់នៅអ្នក។ ជូនចំណុច 1-800-813-2000 (TTY: 711)។

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-813-2000 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ລາວ (Laotian) ໂປດລາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຍຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໄທ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Afaan Oromoo (Oromo) XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-800-813-2000 (TTY: 711).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi) ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-800-813-2000 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Română (Romanian) ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Español (Spanish) ATENCION: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Tagalog (Tagalog) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-813-2000 (TTY: 711).

ไทย (Thai) เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Українська (Ukrainian) УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre este plan y lo que usted paga por los servicios cubiertos



Todos los planes son ofrecidos y están garantizados por Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest



Período de cobertura: 01/01/2024-12/31/2024

Cobertura para: Individuo/Familia | **Tipo de plan:** EPO



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 1-800-813-2000 (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 <http://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 1-800-813-2000 (TTY: 711) para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deducible</u> total?	\$800 por individuo/\$1,600 por familia	En general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el importe deducible antes de que este plan comience a pagar. Si usted tiene otros miembros de la familia en el plan, cada miembro de la familia debe cumplir con su propio deducible individual hasta que la cantidad total de gastos deducibles pagados por todos los miembros de la familia se encuentra con el deducible de la familia en general.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí. Atención y los servicios preventivos indicados en la tabla comienza en la página 2.	Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha cumplido con el deducible. Pero un copago o coseguro pueden aplicar. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin gasto compartido y antes de alcanzar su deducible. Ver una lista de servicios preventivos cubiertos al https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	Usted no tiene que cumplir con deducibles para servicios específicos.
¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	\$2,000 por individuo/\$4,000 por familia	El límite de desembolso es el máximo que usted podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan, tiene que cumplir con sus propios límites de desembolso personal hasta que se cumpla el límite de desembolso familiar general.
¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	Las primas, 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.
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Para obtener una lista de proveedores participantes, visite	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

	www.kp.org o llame al 1-800-813-2000 (TTY: 711).	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 recibir los servicios.
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista ?	Sí, pero puede autoderivarse a ciertos especialistas.	Este plan pagará algunos o todos los costos para ver a un especialista por servicios cubiertos, pero solo si tiene una derivación antes de ver al especialista.



Todos los [copagos](#) y el [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su [deducible](#), si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor seleccionado (Usted pagará el mínimo)	Proveedor no participante (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$20 / visita, deducible no se aplica.	No está cubierto	\$5 / visita, no se aplica deducible para las primeras 3 visitas ambulatorias combinadas para servicios de atención primaria, salud mental/conductual, abuso de sustancias y otras visitas calificadas.
	Consulta con un especialista	\$40 / visita, deducible no se aplica.	No está cubierto	Ninguna
	Atención preventiva/evaluación /vacunas	Sin cargo, deducible no se aplica	No está cubierto	Es posible que tenga que pagar por los servicios que no son preventivos. Pregunte a su personal medico si los servicios necesarios son preventivos. Vea en su plan para saber lo que su plan pagará.
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Radiografías: 20% coseguro Pruebas de laboratorio: 20% coseguro	No está cubierto	Ninguna
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	20% coseguro	No está cubierto	Algunos servicios pueden requerir autorización previa.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor seleccionado (Usted pagará el mínimo)	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/formulary	Medicamentos genéricos	Sin costa (venta al por menor y pedidos por correo), el deducible no se aplica	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días o un pedido por correo de 90 días. Sujeto a las pautas del formulario.
	Medicamentos de marca preferidos	Venta al por menor \$30; pedido por correo de \$60 / prescripción, el deducible no se aplica	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días o un pedido por correo de 90 días. Sujeto a las pautas del formulario.
	Medicamentos de marca no preferidos	\$80 al por menor; pedido por correo de \$160 / prescripción, el deducible no se aplica	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días o un pedido por correo de 90 días. Sujeto a las pautas del formulario, cuando se apruebe mediante un proceso de excepción.
	Medicamentos de especialidad	Venta al por menor de \$100 , el deducible no se aplica	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días. Sujeto a las pautas del formulario, cuando se apruebe mediante un proceso de excepción.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% coseguro	No está cubierto	Se requiere autorización previa.
	Tarifas del médico/cirujano	20% coseguro	No está cubierto	Se requiere autorización previa.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	20% coseguro	20% coseguro	Ninguna
	Transporte médico de emergencia	20% coseguro	20% coseguro	ninguna
	Atención de urgencia	\$60 / visita, deducible no se aplica.	No está cubierto	Los proveedores no participantes cubiertos cuando temporalmente fuera del área de servicio: \$60 / visita, deducible no se aplica.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	20% coseguro	No está cubierto	Se requiere autorización previa.
	Tarifas del médico/cirujano	20% coseguro	No está cubierto	Se requiere autorización previa.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor seleccionado (Usted pagará el mínimo)	Proveedor no participante (Usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$20 / visita, deducible no se aplica.	No está cubierto	\$5 / visita, no se aplica deducible para las primeras 3 visitas ambulatorias combinadas para servicios de atención primaria, salud mental/conductual, abuso de sustancias y otras visitas calificadas.
	Servicios para pacientes hospitalizados	20% coseguro	No está cubierto	Se requiere autorización previa.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo, deducible no se aplica.	No está cubierto	Dependiendo del tipo de servicios, puede aplicar un copago, coseguro o deducible. El cuidado de la maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (por ejemplo, ultrasonido).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	20% coseguro	No está cubierto	Ninguna
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	20% coseguro	No está cubierto	Ninguna
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales	Atención médica en el hogar	20% coseguro	No está cubierto	130 visita límite / año. Se requiere autorización previa.
	Servicios de rehabilitación	Paciente ambulatorio: \$40 / visita, deducible no se aplica. Paciente hospitalizado: 20% coseguro	No está cubierto	Paciente ambulatorio: 40 visita límite / terapia / año. Se requiere autorización previa. Paciente hospitalizado: Se requiere autorización previa.
	Servicios de habilitación	\$40 / visita, deducible no se aplica.	No está cubierto	40 visita límite / therapy / año. Se requiere autorización previa.
	Atención de enfermería especializada	20% coseguro	No está cubierto	60 días límite / año. Se requiere autorización previa.
	Equipo médico duradero	20% coseguro	No está cubierto	Sujeto a las pautas del formulario. Se requiere autorización previa.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor seleccionado (Usted pagará el mínimo)	Proveedor no participante (Usted pagará el máximo)	
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	Sin cargo, deducible no se aplica.	No está cubierto	Se requiere autorización previa.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	\$20 / visita para el examen refractivo, deducible no se aplica.	No está cubierto	Ninguna
	Anteojos para niños	Sin cobertura	No está cubierto	Ninguna
	Control dental para niños	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

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

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

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del [plan](#)).

- Acupuntura (12 visitas límite / año)
- Ayuda auditiva (dependientes menores de edad 26: 1 auxiliar/oreja, cada 36 meses)
- Cirugía bariátrica
- Cuidado ocular de rutina (Adulto)
- Quiropráctica (20 visitas límite / año)
- Tratamiento de la infertilidad (límite de \$50,000 / vida)

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

Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente	1-800-813-2000 (TTY: 711) or www.kp.org/memberservices
Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos	1-866-444-EBSA (3272) or 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 or www.cciio.cms.gov
División de Regulación Financiera de Oregón	1-888-877-4894 or www.dfr.oregon.gov
Departamento de Seguros de Washington	1-800-562-6900 or www.insurance.wa.gov

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:

¿Este [plan](#) proporciona cobertura esencial mínima? Sí

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

¿Cumple este [plan](#) el valor mínimo estándar? Sí

Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que cumpla con los requisitos para recibir un [crédito fiscal para primas del plan](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

Servicio de acceso a idiomas:

[Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-813-2000 (TTY: 711).

[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-813-2000 (TTY: 711).

[Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-813-2000 (TTY: 711).

[Navajo (Dine): Dinekehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-813-2000 (TTY: 711).

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

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	\$800
■ Especialista copayment	\$40
■ Hospital (establecimiento) coinsurance	20%
■ Otro (análisis de sangre) coinsurance	20%

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	\$800
Copagos	\$0
Coseguro	\$1,200
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$2,060

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	\$800
■ Especialista copayment	\$40
■ Hospital (establecimiento) coinsurance	20%
■ Otro (análisis de sangre) coinsurance	20%

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

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$200
Copagos	\$500
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$700

Fractura simple de Mía

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

■ El deducible general del plan	\$800
■ Especialista copayment	\$40
■ Hospital (establecimiento) coinsurance	20%
■ Otro (radiografía) coinsurance	20%

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	\$800
Copagos	\$300
Coseguro	\$200
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,300

Nondiscrimination Notice

Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (Kaiser Health Plan) complies with applicable federal and state civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation. Kaiser Health Plan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation. We also:

- Provide no cost aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats, such as large print, audio, and accessible electronic formats
- Provide no cost language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, call Member Services at **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

If you believe that Kaiser Health Plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation, you can file a grievance with our Civil Rights Coordinator, by mail, phone, or fax. If you need help filing a grievance, our Civil Rights Coordinator is available to help you. You may contact our Civil Rights Coordinator at: Member Relations Department, Attention: Kaiser Civil Rights Coordinator, 500 NE Multnomah St. Ste 100, Portland, OR 97232-2099, Phone: **1-800-813-2000** (TTY: **711**), Fax: **1-855-347-7239**.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, 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 2020, Phone: 1-800-368-1019, TDD: 1-800-537-7697. Complaint forms are available at www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

For Washington Members

You can also file a complaint with the Washington State Office of the Insurance Commissioner, electronically through the Office of the Insurance Commissioner Complaint portal, available at <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, or by phone at 1-800-562-6900, or 360-586-0241 (TDD). Complaint forms are available at <https://fortress.wa.gov/oic/online-services/cc/pub/complaintinformation.aspx>.

HELP IN YOUR LANGUAGE

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-813-2000 (TTY: 711).

አማርኛ (Amharic) ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-800-813-2000 (TTY: 711)።

العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-813-2000 (TTY: 711)።

中文 (Chinese) 注意: 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-813-2000 (TTY: 711)。

فارسی (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-800-813-2000 (TTY: 711) تماس بگیرید.

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-813-2000 (TTY: 711).

日本語 (Japanese) 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-813-2000 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

ខ្មែរ (Khmer) ប្រយោជន៍: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំបាប់អ្នក។ ជូនចំពោះ 1-800-813-2000 (TTY: 711)។

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-813-2000 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ລາວ (Laotian) ໂປດລາວ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໄທ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Afaan Oromoo (Oromo) XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-800-813-2000 (TTY: 711).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi) ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-800-813-2000 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Română (Romanian) ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Español (Spanish) ATENCION: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Tagalog (Tagalog) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-813-2000 (TTY: 711).

ไทย (Thai) เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Українська (Ukrainian) УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-813-2000 (TTY: 711).