



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 <https://kp.org/plandocuments> or call 1-800-278-3296 (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/](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary/) or call 1-800-278-3296 (TTY: 711) to request a copy.

| Important Questions                                                             | Answers                                                                                                                                 | Why this Matters:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| What is the overall <a href="#">deductible</a> ?                                | \$250 Individual / \$500 Family                                                                                                         | Generally, you must pay all of the costs from <a href="#">providers</a> up to the <a href="#">deductible</a> amount before this <a href="#">plan</a> begins to pay. If you have other family members on the <a href="#">plan</a> , each family member must meet their own individual <a href="#">deductible</a> until the total amount of <a href="#">deductible</a> expenses paid by all family members meets the overall family <a href="#">deductible</a> .                                                                                                                                                                                            |
| Are there services covered before you meet your <a href="#">deductible</a> ?    | Yes. <a href="#">Preventive care</a> and services indicated in chart starting on page 2.                                                | This <a href="#">plan</a> covers some items and services even if you haven't yet met the <a href="#">deductible</a> amount. But a <a href="#">copayment</a> or <a href="#">coinsurance</a> may apply. For example, this <a href="#">plan</a> covers certain <a href="#">preventive services</a> without <a href="#">cost sharing</a> and before you meet your <a href="#">deductible</a> . See a list of covered <a href="#">preventive services</a> at <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .                                                       |
| Are there other <a href="#">deductibles</a> for specific services?              | No.                                                                                                                                     | You don't have to meet <a href="#">deductibles</a> for specific services.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| What is the <a href="#">out-of-pocket limit</a> for this <a href="#">plan</a> ? | \$3,000 Individual / \$6,000 Family                                                                                                     | The <a href="#">out-of-pocket limit</a> is the most you could pay in a year for covered services. If you have other family members in this <a href="#">plan</a> , they have to meet their own <a href="#">out-of-pocket limits</a> until the overall family <a href="#">out-of-pocket limit</a> has been met.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| What is not included in the <a href="#">out-of-pocket limit</a> ?               | <a href="#">Premiums</a> , health care this <a href="#">plan</a> doesn't cover, and services indicated in chart starting on page 2.     | Even though you pay these expenses, they don't count toward the <a href="#">out-of-pocket limit</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Will you pay less if you use a <a href="#">network provider</a> ?               | Yes. See <a href="http://www.kp.org">www.kp.org</a> or call 1-800-278-3296 (TTY: 711) for a list of <a href="#">network providers</a> . | This <a href="#">plan</a> uses a <a href="#">provider network</a> . You will pay less if you use a <a href="#">provider</a> in the plan's <a href="#">network</a> . You will pay the most if you use an <a href="#">out-of-network provider</a> , and you might receive a bill from a <a href="#">provider</a> for the difference between the provider's charge and what your <a href="#">plan</a> pays ( <a href="#">balance billing</a> ). Be aware, your <a href="#">network provider</a> might use an <a href="#">out-of-network provider</a> for some services (such as lab work). Check with your <a href="#">provider</a> before you get services. |

| Important Questions                                                          | Answers                                                              | Why this Matters:                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Do you need a <a href="#">referral</a> to see a <a href="#">specialist</a> ? | Yes, but you may self-refer to certain <a href="#">specialists</a> . | This <a href="#">plan</a> will pay some or all of the costs to see a <a href="#">specialist</a> for covered services but only if you have a <a href="#">referral</a> before you see the <a href="#">specialist</a> . |

 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 Plan Provider<br>(You will pay the least) | What You Will Pay Non-Plan Provider<br>(You will pay the most) | Limitations, Exceptions & Other Important Information                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| If you visit a health care <a href="#">provider's</a> office or clinic | Primary care visit to treat an injury or illness         | \$20 / visit, <a href="#">deductible</a> does not apply.    | Not Covered                                                    | None                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                        | <a href="#">Specialist</a> visit                         | \$30 / visit, <a href="#">deductible</a> does not apply.    | Not Covered                                                    | None                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                        | <a href="#">Preventive care/ screening/ immunization</a> | No Charge, <a href="#">deductible</a> does not apply.       | Not Covered                                                    | You may have to pay for services that aren't <a href="#">preventive</a> . Ask your <a href="#">provider</a> if the services needed are <a href="#">preventive</a> . Then check what your <a href="#">plan</a> will pay for. |
| If you have a test                                                     | <a href="#">Diagnostic test</a> (x-ray, blood work)      | \$10 / encounter                                            | Not Covered                                                    | None                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                        | Imaging (CT/PET scans, MRI's)                            | 20% <a href="#">coinsurance</a> up to \$50 / procedure      | Not Covered                                                    | None                                                                                                                                                                                                                        |

| Common Medical Event                                                                                                                                                                                            | Services You May Need                            | What You Will Pay Plan Provider<br>(You will pay the least)                                                                                | What You Will Pay Non-Plan Provider<br>(You will pay the most) | Limitations, Exceptions & Other Important Information                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>If you need drugs to treat your illness or condition</b><br>More information about <a href="#">prescription drug coverage</a> is available at <a href="http://www.kp.org/formulary">www.kp.org/formulary</a> | Generic drugs (Tier 1)                           | Retail: \$10 / <a href="#">prescription</a> ; Mail order: \$20 / <a href="#">prescription</a> , <a href="#">deductible</a> does not apply. | Not Covered                                                    | Up to a 30-day supply retail or 100-day supply mail order. Subject to <a href="#">formulary</a> guidelines. No Charge for Contraceptives, <a href="#">deductible</a> does not apply.                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                 | Preferred brand drugs (Tier 2)                   | Retail: \$30 / <a href="#">prescription</a> ; Mail order: \$60 / <a href="#">prescription</a> , <a href="#">deductible</a> does not apply. | Not Covered                                                    | Up to a 30-day supply retail or 100-day supply mail order. Subject to <a href="#">formulary</a> guidelines.                                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                 | Non-preferred brand drugs (Tier 2)               | Retail: \$30 / <a href="#">prescription</a> ; Mail order: \$60 / <a href="#">prescription</a> , <a href="#">deductible</a> does not apply. | Not Covered                                                    | The <a href="#">cost sharing</a> for non-preferred brand drugs under this <a href="#">plan</a> aligns with the <a href="#">cost sharing</a> for preferred brand drugs (Tier 2), when approved through the <a href="#">formulary</a> exception process. |
|                                                                                                                                                                                                                 | <a href="#">Specialty drugs</a> (Tier 4)         | 20% <a href="#">coinsurance</a> up to \$250 / <a href="#">prescription</a> , <a href="#">deductible</a> does not apply.                    | Not Covered                                                    | Up to a 30-day supply retail. Subject to <a href="#">formulary</a> guidelines.                                                                                                                                                                         |
| <b>If you have outpatient surgery</b>                                                                                                                                                                           | Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)   | 20% <a href="#">coinsurance</a>                                                                                                            | Not Covered                                                    | None                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                 | Physician/surgeon fees                           | 20% <a href="#">coinsurance</a>                                                                                                            | Not Covered                                                    | None                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>If you need immediate medical attention</b>                                                                                                                                                                  | <a href="#">Emergency room care</a>              | 20% <a href="#">coinsurance</a>                                                                                                            | 20% <a href="#">coinsurance</a>                                | None                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                 | <a href="#">Emergency medical transportation</a> | \$150 / trip                                                                                                                               | \$150 / trip                                                   | None                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                 | <a href="#">Urgent care</a>                      | \$20 / visit, <a href="#">deductible</a> does not apply.                                                                                   | Not Covered                                                    | <a href="#">Non-Plan providers</a> covered when temporarily outside the service area: \$20 / visit, <a href="#">deductible</a> does not apply.                                                                                                         |
| <b>If you have a hospital stay</b>                                                                                                                                                                              | Facility fee (e.g., hospital room)               | 20% <a href="#">coinsurance</a>                                                                                                            | Not Covered                                                    | None                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                 | Physician/surgeon fee                            | 20% <a href="#">coinsurance</a>                                                                                                            | Not Covered                                                    | None                                                                                                                                                                                                                                                   |

| Common Medical Event                                                             | Services You May Need                     | What You Will Pay Plan Provider<br>(You will pay the least)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | What You Will Pay Non-Plan Provider<br>(You will pay the most) | Limitations, Exceptions & Other Important Information                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services</b> | Outpatient services                       | Mental / Behavioral Health: \$20 / individual visit, <a href="#">deductible</a> does not apply. 20% <a href="#">coinsurance</a> for other outpatient services; Substance Abuse: \$20 / individual visit, <a href="#">deductible</a> does not apply. 20% <a href="#">coinsurance</a> up to \$5 / day for other outpatient services, <a href="#">deductible</a> does not apply. | Not Covered                                                    | Mental / Behavioral Health: \$10 / group visit, <a href="#">deductible</a> does not apply; Substance Abuse: \$5 / group visit, <a href="#">deductible</a> does not apply.                                                               |
|                                                                                  | Inpatient services                        | 20% <a href="#">coinsurance</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Not Covered                                                    | None                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>If you are pregnant</b>                                                       | Office visits                             | No Charge, <a href="#">deductible</a> does not apply.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Not covered                                                    | Depending on the type of services, a <a href="#">copayment</a> , <a href="#">coinsurance</a> , or <a href="#">deductible</a> may apply. Maternity care may include tests and services described elsewhere in the SBC (i.e. ultrasound). |
|                                                                                  | Childbirth/delivery professional services | 20% <a href="#">coinsurance</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Not Covered                                                    | None                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                  | Childbirth/delivery facility services     | 20% <a href="#">coinsurance</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Not Covered                                                    | None                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>If you need help recovering or have other special health needs</b>            | <a href="#">Home health care</a>          | No Charge, <a href="#">deductible</a> does not apply.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Not Covered                                                    | 3 visit limit / day, 100 visit limit / year.                                                                                                                                                                                            |
|                                                                                  | <a href="#">Rehabilitation services</a>   | Inpatient: 20% <a href="#">coinsurance</a> ; Outpatient: \$20 / visit                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Not Covered                                                    | None                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                  | <a href="#">Habilitation services</a>     | \$20 / visit                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Not Covered                                                    | None                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                  | <a href="#">Skilled nursing care</a>      | 20% <a href="#">coinsurance</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Not Covered                                                    | 100 day limit / benefit period.                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                  | <a href="#">Durable medical equipment</a> | 20% <a href="#">coinsurance</a> , <a href="#">deductible</a> does not apply.                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Not Covered                                                    | Requires prior authorization.                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                  | <a href="#">Hospice service</a>           | No Charge, <a href="#">deductible</a> does not apply.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Not Covered                                                    | None                                                                                                                                                                                                                                    |

| Common Medical Event                          | Services You May Need      | What You Will Pay Plan Provider<br>(You will pay the least)               | What You Will Pay Non-Plan Provider<br>(You will pay the most) | Limitations, Exceptions & Other Important Information |
|-----------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <b>If your child needs dental or eye care</b> | Children's eye exam        | No Charge for refractive exam, <a href="#">deductible</a> does not apply. | Not Covered                                                    | None                                                  |
|                                               | Children's glasses         | Not Covered                                                               | Not Covered                                                    | None                                                  |
|                                               | Children's dental check-up | Not Covered                                                               | Not Covered                                                    | None                                                  |

### Excluded Services & Other Covered Services:

| Services Your <a href="#">Plan</a> Generally Does NOT Cover (Check your policy or <a href="#">plan</a> document for more information and a list of any other <a href="#">excluded services</a> .) |                                                                                                                                                                                  |                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Children's glasses</li> <li>Cosmetic surgery</li> <li>Dental Care (Adult &amp; Child)</li> </ul>                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>Long-term care</li> <li>Non-emergency care when traveling outside the U.S.</li> <li>Private-duty nursing</li> </ul>                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Routine foot care</li> <li>Weight loss programs</li> </ul>         |
| Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list. Please see your <a href="#">plan</a> document.)                                                      |                                                                                                                                                                                  |                                                                                                           |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Acupuncture (20 visit limit / year combined with chiropractic)</li> <li>Bariatric surgery</li> </ul>                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Chiropractic care (20 visit limit / year combined with acupuncture)</li> <li>Hearing aids (\$1000 limit / ear every 36 months)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Infertility treatment</li> <li>Routine eye care (Adult)</li> </ul> |

**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](http://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                                                            | 1-800-278-3296 (TTY: 711) or <a href="http://www.kp.org/memberservices">www.kp.org/memberservices</a>     |
| Department of Labor's Employee Benefits Security Administration                              | 1-866-444-EBSA (3272) or <a href="http://www.dol.gov/ebsa/healthreform">www.dol.gov/ebsa/healthreform</a> |
| Department of Health & Human Services, Center for Consumer Information & Insurance Oversight | 1-877-267-2323 x61565 or <a href="http://www.cciio.cms.gov">www.cciio.cms.gov</a>                         |
| California Department of Insurance                                                           | 1-800-927-HELP (4357) or <a href="http://www.insurance.ca.gov">www.insurance.ca.gov</a>                   |
| California Department of Managed Healthcare                                                  | 1-888-466-2219 or <a href="http://www.dmhca.gov">www.dmhca.gov</a>                                        |

**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 1-800-788-0616 (TTY: 711)

TAGALOG (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-278-3296 (TTY: 711)

TRADITIONAL CHINESE (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-757-7585 (TTY: 711)

PENNSYLVANIA DUTCH (Deutsch): Fer Hilf griege in Deutsch, ruf 1-800-278-3296 (TTY: 711) uff

NAVAJO (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-278-3296 (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, à'gang 1-800-278-3296 (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 <a href="#">plan's</a> overall <a href="#">deductible</a> | \$250 |
| ■ <a href="#">Specialist copayment</a>                          | \$30  |
| ■ Hospital (facility) <a href="#">coinsurance</a>               | 20%   |
| ■ Other (blood work) <a href="#">copayment</a>                  | \$10  |

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*)

|                                        |                 |
|----------------------------------------|-----------------|
| <b>Total Example Cost</b>              | <b>\$12,700</b> |
| <b>In this example, Peg would pay:</b> |                 |
| <i>Cost Sharing</i>                    |                 |
| <a href="#">Deductibles</a>            | \$250           |
| <a href="#">Copayments</a>             | \$60            |
| <a href="#">Coinsurance</a>            | \$1,700         |
| <i>What isn't covered</i>              |                 |
| Limits or exclusions                   | \$50            |
| <b>The total Peg would pay is</b>      | <b>\$2,060</b>  |

### Managing Joe's Type 2 Diabetes

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

|                                                                 |       |
|-----------------------------------------------------------------|-------|
| ■ The <a href="#">plan's</a> overall <a href="#">deductible</a> | \$250 |
| ■ <a href="#">Specialist copayment</a>                          | \$30  |
| ■ Hospital (facility) <a href="#">coinsurance</a>               | 20%   |
| ■ Other (blood work) <a href="#">copayment</a>                  | \$10  |

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*)

|                                        |                |
|----------------------------------------|----------------|
| <b>Total Example Cost</b>              | <b>\$5,600</b> |
| <b>In this example, Joe would pay:</b> |                |
| <i>Cost Sharing</i>                    |                |
| <a href="#">Deductibles</a>            | \$90           |
| <a href="#">Copayments</a>             | \$500          |
| <a href="#">Coinsurance</a>            | \$100          |
| <i>What isn't covered</i>              |                |
| Limits or exclusions                   | \$0            |
| <b>The total Joe would pay is</b>      | <b>\$690</b>   |

### Mia's Simple Fracture

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

|                                                                 |       |
|-----------------------------------------------------------------|-------|
| ■ The <a href="#">plan's</a> overall <a href="#">deductible</a> | \$250 |
| ■ <a href="#">Specialist copayment</a>                          | \$30  |
| ■ Hospital (facility) <a href="#">coinsurance</a>               | 20%   |
| ■ Other (x-ray) <a href="#">copayment</a>                       | \$10  |

This EXAMPLE event includes services like:

[Emergency room care](#) (*including medical supplies*)  
[Diagnostic test](#) (*x-ray*)  
[Durable medical equipment](#) (*crutches*)  
[Rehabilitation services](#) (*physical therapy*)

|                                        |                |
|----------------------------------------|----------------|
| <b>Total Example Cost</b>              | <b>\$2,800</b> |
| <b>In this example, Mia would pay:</b> |                |
| <i>Cost Sharing</i>                    |                |
| <a href="#">Deductibles</a>            | \$250          |
| <a href="#">Copayments</a>             | \$300          |
| <a href="#">Coinsurance</a>            | \$200          |
| <i>What isn't covered</i>              |                |
| Limits or exclusions                   | \$0            |
| <b>The total Mia would pay is</b>      | <b>\$750</b>   |

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

This page is intentionally left blank.



## Nondiscrimination Notice

In this document, “we”, “us”, or “our” means Kaiser Permanente (Kaiser Foundation Health Plan, Inc, Kaiser Foundation Hospitals, The Permanente Medical Group, Inc., and the Southern California Medical Group). This notice is available on our website at [kp.org](http://kp.org).

Discrimination is against the law. We follow state and federal civil rights laws.

We do not discriminate, exclude people, or treat them differently because of age, race, ethnic group identification, color, national origin, cultural background, ancestry, religion, sex, gender, gender identity, gender expression, sexual orientation, marital status, physical or mental disability, medical condition, source of payment, genetic information, citizenship, primary language, or immigration status.

Kaiser Permanente provides the following services:

- No-cost aids and services to people with disabilities to help them communicate better with us, such as:
  - ◆ Qualified sign language interpreters
  - ◆ Written information in other formats (braille, large print, audio, accessible electronic formats, and other formats)
- 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 our Member Services department at the numbers below. The call is free. Member services is closed on major holidays.

- Medicare, including D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week.
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, 24 hours a day, 7 days a week.
- All others: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 hours a day, 7 days a week.

Upon request, this document can be made available to you in braille, large print, audio, or electronic formats. To obtain a copy in one of these alternative formats, or another format, call our Member Services department and ask for the format you need.

### How to file a grievance with Kaiser Permanente

You can file a discrimination grievance with us if you believe we have failed to provide these services or unlawfully discriminated in another way. You can file a grievance by phone, by mail, in person, or online. Please refer to your *Evidence of Coverage or Certificate of Insurance* for details. You can call Member Services for more information on the options that apply to you, or for help filing a grievance. You may file a discrimination grievance in the following ways:

- **By phone:** Call our Member Services department. Phone numbers are listed above.
- **By mail:** Download a form at [kp.org](http://kp.org) or call Member Services and ask them to send you a form that you can send back.
- **In person:** Fill out a Complaint or Benefit Claim/Request form at a member services office located at a Plan Facility (go to your provider directory at [kp.org/facilities](http://kp.org/facilities) for addresses)
- **Online:** Use the online form on our website at [kp.org](http://kp.org)

You may also contact the Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator directly at the addresses below:

**Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator**  
Member Relations Grievance Operations  
P.O. Box 939001  
San Diego CA 92193

**How to file a grievance with the California Department of Health Care Services Office of Civil Rights** *(For Medi-Cal Beneficiaries Only)*

You can also file a civil rights complaint with the California Department of Health Care Services Office of Civil Rights in writing, by phone or by email:

- **By phone:** Call DHCS Office of Civil Rights at **916-440-7370** (TTY 711)
- **By mail:** Fill out a complaint form or send a letter to:

Office of Civil Rights  
Department of Health Care Services  
P.O. Box 997413, MS 0009  
Sacramento, CA 95899-7413

**California Department of Health Care Services Office of Civil Rights Complaint forms are available at:**  
[http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)

- **Online:** Send an email to [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)

**How to file a grievance with the U.S. Department of Health and Human Services Office of Civil Rights**

You can file a discrimination complaint with the U.S. Department of Health and Human Services Office of Civil Rights. You can file your complaint in writing, by phone, or online:

- **By phone:** Call **1-800-368-1019** (TTY 711 or 1-800-537-7697)
- **By mail:** Fill out a complaint form or send a letter to:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

**U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights Complaint forms are available at:** <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

- **Online:** Visit the **Office of Civil Rights Complaint Portal** at: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>

## Notice of Language Assistance

**English: ATTENTION.** Language assistance is available at no cost to you. You can ask for interpreter services, including sign language interpreters. You can ask for materials translated into your language or alternative formats, such as braille, audio, or large print. You can also request auxiliary aids and devices at our facilities. Call our Member Services department for help. Member services is closed on major holidays.

- Medicare, including D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, 24 hours a day, 7 days a week
- All others: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 hours a day, 7 days a week

**Arabic: تنبيه.** المساعدة اللغوية متوفرة بدون تكلفة عليك. يمكنك طلب خدمات الترجمة، بما في ذلك مترجمي لغة الإشارة. يمكنك طلب وثائق مترجمة بلغتك أو بصيغ بديلة مثل طريقة برايل للمكفوفين أو ملف صوتي أو الطباعة بأحرف كبيرة. يمكنك أيضاً طلب وسائل مساعدة وأجهزة مساعدة في مرافقنا. اتصل مع قسم خدمات الأعضاء لدينا للحصول على المساعدة. لا تعمل خدمات الأعضاء في العطلات الرئيسية.

- Medicare، بما في ذلك D-SNP على: **1-800-443-0815 (TTY 711)**، 8 صباحاً إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع
- Medi-Cal: على **1-855-839-7613 (TTY 711)**، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع
- الآخرين جميعاً: **1-800-464-4000 (TTY 711)**، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع

**Armenian: ՈւՆԴԱՂՈՒԹՅՈՒՆ:** Լեզվական աջակցությունը հասանելի է ձեզ անվճար: Դուք կարող եք խնդրել բանավոր թարգմանության ծառայություններ, այդ թվում՝ ժեստերի լեզվի թարգմանիչներ: Դուք կարող եք խնդրել ձեր լեզվով թարգմանված նյութեր կամ այլընտրանքային ձևաչափեր, ինչպիսիք են՝ բրայլը, ձայնագրությունը կամ խոշոր տառատեսակը: Դուք կարող եք նաև դիմել օժանդակ աջակցության և սարքերի համար, որոնք անհրաժեշտ են մեր հաստատություններում: Օգնության համար զանգահարեք մեր Անդամների սպասարկման բաժին: Անդամների սպասարկման բաժինը փակ է հիմնական տոն օրերին:

- Medicare, ներառյալ D-SNP՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, շաբաթը 7 օր
- Medi-Cal՝ **1-855-839-7613 (TTY 711)**, օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր
- Մյուս բոլորը՝ **1-800-464-4000 (TTY 711)**, օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր

**Chinese: 请注意，**我们有免费语言协助。您可以要求我们提供口译服务，包括手语翻译员。您可以要求将资料翻译成您所使用的语言或其他格式的文本，如盲文、音频或大字版。您还可以要求使用我们设施中的语言辅助工具和设备。请联系会员服务部以获取帮助。重要节假日期间会员服务不开放。

- Medicare, 包括 D-SNP : **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 每周 7 天, 上午 8 点至晚上 8 点
- Medi-Cal : **1-855-839-7613 (TTY 711)**, 每周 7 天, 每天 24 小时
- 所有其他保险计划 : **1-800-757-7585 (TTY 711)**, 每周 7 天, 每天 24 小时

**Farsi:** توجه. امکان بهره‌مندی از مساعدت زبانی به طور رایگان برای شما وجود دارد. می‌توانید خدمات ترجمه شفاهی را درخواست کنید، از جمله مترجمان زبان اشاره. همچنین می‌توانید مطالب ترجمه‌شده به زبان خودتان یا در قالب‌های جایگزین را درخواست کنید، از جمله خط بریل، فایل صوتی، یا چاپ با حروف درشت. همچنین می‌توانید امکانات و دستگاه‌های کمکی را از مراکز ما درخواست کنید. برای دریافت کمک، با خدمات اعضای ما تماس بگیرید. خدمات اعضاء، در تعطیلات رسمی بسته است.

- Medicare, شامل D-SNP : با شماره **1-800-443-0815 (TTY 711)** از 8 صبح تا 8 عصر، در 7 روز هفته تماس بگیرید
- Medi-Cal: با شماره **1-855-839-7613 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته تماس بگیرید
- همه موارد دیگر: با شماره **1-800-464-4000 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته تماس بگیرید

**Hindi:** ध्यान दें। भाषा सहायता आपके लिए बिना किसी शुल्क के उपलब्ध है। आप दुभाषिया सेवाओं के लिए अनुरोध कर सकते हैं, जिसमें साइन लैंग्वेज के दुभाषिये भी शामिल हैं। आप सामग्रियों को अपनी भाषा या वैकल्पिक प्रारूप, जैसे कि ब्रेल, ऑडियो, या बड़े प्रिंट में अनुवाद करवाने के लिए भी कह सकते हैं। आप हमारे सुविधा-केंद्रों पर सहायक साधनों और उपकरणों का भी अनुरोध कर सकते हैं। सहायता के लिए हमारे सदस्य सेवा विभाग को कॉल करें। सदस्य सेवा विभाग मुख्य छुट्टियों वाले दिन बंद रहता है।

- Medicare, जिसमें D-SNP शामिल है: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, सुबह 8 बजे से रात 8 बजे तक, सप्ताह के 7 दिन
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, दिन के चौबीस घंटे, सप्ताह के 7 दिन
- बाकी सभी: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, दिन के चौबीस घंटे, सप्ताह के 7 दिन

**Hmong:** FAJ SEEB. Muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Koj muaj peev xwm thov kom pab txhais lus, suav nrog kws txhais lus piav tes. Koj muaj peev xwm thov kom muab cov ntaub ntawv no txhais ua koj yam lus los sis ua lwm hom, xws li hom ntawv rau neeg dig muag xuas, tso ua suab lus, los sis luam tawm kom koj. Koj kuj tuaj yeem thov kom muab tej khoom pab dawb thiab tej khoom siv txhawb tau rau ntawm peb cov chaw kuaj mob. Hu mus thov kev pab rau ntawm peb Lub Chaw Pab Tswv Cuab. Lub chaw pab tswv cuab kaw rau cov hnuv so uas tseem ceeb.

- Medicare, suav nrog D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 teev sawv ntxov txog 8 teev tsaus ntuj, 7 hnuv hauv ib lub vij
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, 24 teev hauv ib hnuv, 7 hnuv hauv ib lub vij
- Tag nrho lwm yam: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 teev hauv ib hnuv, 7 hnuv hauv ib lub vij

**Japanese:** ご注意。言語サポートは無料でご利用いただけます。あなたは手話通訳を含む通訳サービスを依頼できます。点字、大型活字、または録音音声など、あなたの言語に翻訳された資料や別のフォーマットの資料を求めることができます。当社の施設では補助器具や機器の要請も承っております。支援が必要な方は、加入者サービス部門にお電話ください。加入者向けサービスは主要な休日では営業していません。

- D-SNP を含む Medicare: **1-800-443-0815 (TTY 711)**、午前 8 時から午後 8 時まで、年中無休
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**、24 時間、年中無休
- その他全て: **1-800-464-4000 (TTY 711)**、24 時間、年中無休

**Khmer (Cambodian):** យកចិត្តទុកដាក់។ ជំនួយភាសាគឺមានដោយមិនគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក។ អ្នកអាចស្នើសុំសេវាអ្នកបកប្រែ រួមទាំងអ្នកបកប្រែភាសាសញ្ញាផងដែរ។ អ្នកអាចស្នើសុំឯកសារដែលត្រូវបានបកប្រែជាភាសាសំឡេង ឬទម្រង់ផ្សេងទៀតដូចជាអក្សរស្នាម សំឡេង ឬអក្សរធំៗ។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំ

ជំនួយបន្ថែម និងឧបករណ៍ជំនួយនៅតាមកន្លែងរបស់យើងផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិករបស់យើងសម្រាប់ជំនួយ។ សេវាសមាជិកត្រូវបាន បិទនៅថ្ងៃឈប់សម្រាកសំខាន់ៗ។

- Medicare, រួមទាំង D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)** ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)** 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍
- ផ្សេងៗទៀត: **1-800-464-4000 (TTY 711)** 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍

**Korean:** 안내 사항. 무료 언어 지원 제공. 수화 통역사를 포함한 통역 서비스를 요청할 수 있습니다. 한국어로 번역된 자료 또는 점자, 오디오 또는 큰 글씨와 같은 대체 형식의 자료를 요청할 수 있습니다. 저희 시설에서 보조 기구와 장치를 요청할 수도 있습니다. 가입자 서비스 부서에 도움을 요청하시기 바랍니다. 주요 공휴일에는 가입자 서비스를 운영하지 않습니다.

- Medicare(D-SNP 포함), 주 7일 오전 8시~오후 8시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)** 번으로 문의
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, 주 7일, 하루 24시간
- 기타: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 주 7일, 하루 24시간

**Laotian:** ໂປດຊາບ. ມີການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ທ່ານສາມາດຂໍບໍລິການນາຍພາສາ, ລວມທັງນາຍພາສາມື. ທ່ານສາມາດຊໍ້ໃຫ້ ແປເອກະສານນີ້ເປັນພາສາຂອງທ່ານ ຫຼື ຮູບແບບອື່ນເຊັ່ນອັກສອນນັ້ນ, ສຽງ, ຫຼື ການພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ນອກຈາກນັ້ນທ່ານຍັງສາມາດຮ້ອງຂໍເຄື່ອງຊ່ວຍ ຟັງ ແລະ ອປະກອນການຊ່ວຍເຫຼືອໃນສະຖານທີ່ຂອງພວກເຮົາ. ໃຫ້ທ່ານພະແນກບໍລິການສະມາຊິກຂອງພວກເຮົາເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ. ພະແນກບໍລິການ ສະມາຊິກແມ່ນປິດໃນວັນພັກທີ່ສໍາຄັນຕ່າງໆ.

- Medicare, ລວມທັງ D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8 ໂມງແລງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ
- ອື່ນໆ: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ

**Mien:** CAU FIM JANGX LONGX OC. Ninh mbuo duqv liepc ziangx tengx faan waac bun meih muangx mv zuqc heuc meih ndorqv nyaanh cingv oc. Meih corc haiv tov taux ninh mbuo tengx lorz faan waac bun meih, caux longc buoz wuv faan waac bun muangx. Meih aengx haih tov taux ninh mbuo dorh nyungc horngh jaa dorngx faan benx meih nyei waac a'fai fiev bieqc da'nyeic diuc daan, fiev benx domh nzangc-pokc bun hlou, bungx waac-qiez bun uangx, a'fai aamx bieqc domh zeiv-linh. Meih corc haih tov longc benx wuotc ginc jaa-dorngx tengx aengx caux jaa-sic nzie bun yiem njiec zorc goux baengc zingh gorn zangc. Mborqv finx lorz taux yie mbuo dinc zangc domh gorn ziux goux baengc mienh nyei dorngx liouh tov heuc ninh mbuo tengx nzie weih. Ziux goux baengc mienh nyei gorn zangc se gec mv zoux gong yiem gingc nyei hnoi-nyieqc oc.

- Medicare, caux D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, yiem 8 dimv lungh ndorm taux 8 dimv lungh muonx, yietc norm leiz baaix zoux gong 7 hnoi
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, yietc hnoi goux junh 24 norm ziangh hoc, yietc norm leiz baaix zoux gong 7 hnoi
- Yietc zungv da'nyeic diuc jauv-louc: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, yietc hnoi goux junh 24 norm ziangh hoc, yietc norm leiz baaix zoux gong 7 hnoi

**Navajo:** GIHA. Tséé' naalkáah sidá'ígíí éí doo t'í'ée' ííł'í' dah sidáa'ígíí. T'í'ée' góó t'í'í'ígíí éí tséé' naalkáah sidá'ígíí bikáa' dah sidaa'ígíí, t'á'ii bik'eh dah na'álka'ígíí. T'á'ii éí t'í'ée' góó t'í'í'ígíí bik'eh dah deidiyós, t'á'ii éí bi'ée' bik'eh dah na'álka'ígíí bik'eh dah deidiyós. T'á'ii bik'eh dah na'álka'ígíí bikáa' dah na'álka'ígíí t'áá'altso bik'eh dah deidiyós. Bi'ée' naalkáah sidá'ígíí bik'eh ha'a'aah. T'á'ii bik'eh dah na'álka'ígíí éí bik'eh dah naazhja'a'ígíí bik'eh dah na'álka'ígíí.

- Medicare, bikáa' dah deidiyós D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. góó 8 p.m., 7 jǐ t'áálá'í damóo
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, 24 t'ohch'oolí t'áálá'í jǐ, 7 jǐ t'áálá'í damóo
- T'áa al'aa: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 t'ohch'oolí t'áálá'í jǐ, 7 jǐ t'áálá'í damóo

**Punjabi:** ਧਿਆਨ ਦਿਓ। ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਲਾਗਤ ਦੇ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਦੁਭਾਸ਼ਿਏ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਿੱਤੇ ਜਾਣ ਲਈ ਕਹਿ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਸਾਈਨ ਲੈਂਗਵੇਜ਼ ਦੇ ਦੁਭਾਸ਼ਿਏ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਤੁਸੀਂ ਸਮੱਗਰੀਆਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੈਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੈਟ ਵਿੱਚ ਅਨੁਵਾਦਿਤ ਕਰਨ ਲਈ ਵੀ ਕਹਿ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੀਆਂ ਸਹੂਲਤਾਂ 'ਤੇ ਸਹਾਇਕ ਏਡਜ਼ ਅਤੇ ਉਪਕਰਨਾਂ ਲਈ ਵੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਮਦਦ ਲਈ ਸਾਡੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਾ ਵਿਭਾਗ ਮੁੱਖ ਛੁੱਟੀਆਂ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਬੰਦ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ।

- Medicare, ਜਿਸ ਵਿੱਚ D-SNP ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 8 ਵਜੇ ਤੱਕ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ
- ਬਾਕੀ ਸਾਰੇ: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ

**Russian: ВНИМАНИЕ!** Для Вас доступны бесплатные услуги перевода. Вы можете запросить услуги устного перевода, в том числе услуги переводчика языка жестов. Вы также можете запросить материалы, переведенные на ваш язык или в альтернативных форматах, например шрифтом Брайля, крупным шрифтом или в аудиоформате. Вы также можете запросить дополнительные приспособления и вспомогательные устройства в наших учреждениях. Если Вам нужна помощь, позвоните в отдел обслуживания участников. Отдел обслуживания участников не работает в дни государственных праздников.

- Medicare, включая D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, без выходных с 8:00 до 20:00.
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, круглосуточно без выходных.
- Любые другие поставщики услуг: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, круглосуточно без выходных.

**Spanish: ATENCIÓN.** Se ofrece ayuda en otros idiomas sin ningún costo para usted. Puede solicitar servicios de interpretación, incluyendo intérpretes de lengua de señas. Puede solicitar materiales traducidos a su idioma o en formatos alternativos, como braille, audio o letra grande. También puede solicitar ayuda adicional y dispositivos auxiliares en nuestros centros de atención. Llame al Departamento de Servicio a los Miembros para pedir ayuda. Servicio a los Miembros está cerrado los días festivos principales.

- Medicare, incluyendo D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Todos los otros: **1-800-788-0616 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

**Tagalog: PAUNAWA.** May magagamit na tulong sa wika nang wala kang babayaran. Maaari kang humiling ng mga serbisyo ng interpreter, kasama ang mga interpreter sa sign language. Maaari kang humiling ng mga babasahin na nakasalin-wika sa iyong wika o sa mga alternatibong format, na tulad ng braille, audio, o malalaking titik. Puwede ka ring humiling ng mga karagdagang tulong at device sa aming mga pasilidad. Tawagan ang aming departamento ng Mga Serbisyo sa Miyembro para sa tulong. Ang mga serbisyo sa miyembro ay sarado sa mga pangunahing holiday.

- Medicare, kasama ang D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo
- Ang lahat ng iba: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo

**Thai:** ส่งถึง มีบริการให้ความช่วยเหลือด้านภาษา แก่ท่านโดยไม่มีค่าใช้จ่าย ท่านสามารถขอรับบริการล่าม รวมถึงล่ามภาษามือได้ ท่านสามารถขอให้แปลเอกสาร เป็นภาษาของท่าน หรือในรูปแบบอื่นๆ เช่นอักษรเบรลล์ ไฟล์เสียง หรือตัวอักษรขนาดใหญ่ ท่านสามารถขอรับอุปกรณ์ช่วยเหลือ และอุปกรณ์เสริมได้ ณ สถานที่ให้บริการของเรา โทรติดต่อฝ่ายบริการสมาชิกของเราเพื่อขอความช่วยเหลือได้ ฝ่ายบริการสมาชิกจะปิดทำการในวันหยุดราชการต่างๆ

- Medicare รวมถึง D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)** 8.00 น. ถึง 20.00 น. หรือ 7 วันต่อสัปดาห์
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)** ตลอด 24 ชั่วโมง หรือ 7 วันต่อสัปดาห์
- อื่นๆ ทั้งหมด: **1-800-464-4000 (TTY 711)** ตลอด 24 ชั่วโมง หรือ 7 วันต่อสัปดาห์

**Ukrainian:** УВАГА! Послуги перекладача надаються безкоштовно. Ви можете залишити запит на послуги усного перекладу, зокрема мовою жестів. Ви можете зробити запит на отримання матеріалів, перекладених вашою мовою, або в альтернативних форматах, як-от надрукованим шрифтом Брайля чи великим шрифтом, а також у звуковому форматі. Крім того, ви можете зробити запит на отримання допоміжних засобів і пристроїв у закладах нашої мережі компаній. Якщо вам потрібна допомога, зателефонуйте у відділ обслуговування клієнтів. Відділ обслуговування клієнтів зачинений у державні свята.

- Medicare, зокрема D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, з 8:00 до 20:00, без вихідних.
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, цілодобово, без вихідних.
- Усі інші надавачі послуг: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, цілодобово, без вихідних.

**Vietnamese:** LƯU Ý. Chúng tôi cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Quý vị có thể yêu cầu dịch vụ thông dịch, bao gồm cả thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu. Quý vị có thể yêu cầu tài liệu được dịch sang ngôn ngữ của quý vị hay định dạng thay thế, chẳng hạn như chữ nổi braille, băng đĩa thu âm hay bản in khổ chữ lớn. Quý vị cũng có thể yêu cầu các phương tiện và thiết bị phụ trợ tại các cơ sở của chúng tôi. Gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi để được trợ giúp. Ban dịch vụ hội viên không làm việc vào những ngày lễ lớn.

- Medicare, bao gồm cả D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày trong tuần.
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần.
- Mọi chương trình khác: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần.

This page is intentionally left blank.





Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

- Ukrainian: VBA7A!** Послуги перекладача надаються безкоштовно. Ви можете залишити запит на послуги усного перекладу, зокрема мовою жестів. Ви можете зробити запит на отримання матеріалів, перекладених вашою мовою, або в альтернативних форматах, як-от надрукованим шрифтом Брайля чи великим шрифтом, а також у звуковому форматі. Крім того, ви можете зробити запит на отримання допоміжних засобів і пристроїв у закладах нашої мережі компанії. Якщо вам потрібна допомога, зателефонуйте у відділ обслуговування клієнтів. Відділ обслуговування клієнтів зачинений у державні свята.

- Vietnamese: LƯU Ý.** Chúng tôi cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Quý vị có thể yêu cầu dịch vụ thông dịch, bao gồm cả thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu. Quý vị có thể yêu cầu tài liệu được dịch sang ngôn ngữ của quý vị hay định dạng, thay thế, chẳng hạn như chữ nổi braille, băng đĩa thu âm hay bản in khổ chữ lớn. Quý vị cũng có thể yêu cầu các phương tiện và thiết bị phù hợp tại các cơ sở của chúng tôi. Gọi cho ban Dịch Vụ Hỗ Trợ của chúng tôi để được trợ giúp. Ban dịch vụ hỗ trợ viên không làm việc vào những ngày lễ lớn.

- 
- Kaiser Permanente**

- Medicare, bika'a' dah deidiyos D-SNP: **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 a.m. goó 8 p.m., 7 ji t'áala'i damóo
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY **711**), 24 t'ohch'ooli t'áala'i ji, 7 ji t'áala'i damóo
- T'aa at'aa: **1-800-464-4000** (TTY **711**), 24 t'ohch'ooli t'áala'i ji, 7 ji t'áala'i damóo

**Punjabi:** ਸਿਮਰਨ ਫਿਰ। ਤਮ ਸਹਾਇਤਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਲਾਜ਼ ਦੇ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਦੁਆਰੇ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਫਿਰੋ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ ਦੇ ਦੁਆਰੇ ਦੀ ਸਹਾਇਤਾ ਹਨ। ਤੁਸੀਂ ਸਹਾਇਤਾ ਦੇ ਆਪਣੇ ਆਪ ਫਿਰ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵਕਲਾਵਲਾ ਦੁਆਰੇ ਫਿਰ ਆਪਣੇ ਫਿਰ ਆਪਣੇ ਆਪ ਫਿਰ ਮਾਰੇ ਹੋ। ਸਾਈਨ ਲਾਗੂ ਕਰੋ ਤੇ ਦੁਆਰੇ ਦੀ ਸਹਾਇਤਾ ਹਨ। ਤੁਸੀਂ ਸਹਾਇਤਾ ਦੇ ਆਪਣੇ ਆਪ ਫਿਰ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵਕਲਾਵਲਾ ਦੁਆਰੇ ਫਿਰ ਆਪਣੇ ਆਪ ਫਿਰ ਮਾਰੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਸਹਾਇਤਾ ਦੇ ਆਪਣੇ ਆਪ ਫਿਰ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵਕਲਾਵਲਾ ਦੁਆਰੇ ਫਿਰ ਆਪਣੇ ਆਪ ਫਿਰ ਮਾਰੇ ਹੋ।

- Medicare, ਜਿਸ ਫਿਰ D-SNP ਦੀ ਸਹਾਇਤਾ ਹੈ: **1-800-443-0815** (TTY **711**), ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 8 ਵਜੇ ਤੱਕ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY **711**), ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ
- ਭਾਰੀ ਸਾਰੇ: **1-800-464-4000** (TTY **711**), ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ

**Russian:** БИЖИМАНИЕ! Для Вас доступны бесплатные услуги перевода. Вы можете запросить услуги устного перевода, в том числе услуги переводчика языка жестов. Вы также можете запросить материалы, переведенные на ваш язык или в альтернативных форматах, например шрифтом Брайля, крупным шрифтом или в аудиоформате. Вы также можете запросить дополнительные приспособления и вспомогательные устройства в наших учреждениях. Если Вам нужна помощь, позвоните в отдел обслуживания участников. Отдел обслуживания участников не работает в дни государственных праздников.

- Medicare, включая D-SNP: **1-800-443-0815** (TTY **711**), без выходных с 8:00 до 20:00.
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY **711**), круглосуточно без выходных.
- Любые другие поставщики услуг: **1-800-464-4000** (TTY **711**), круглосуточно без выходных.

**Spanish: ATENCIÓN.** Se ofrece ayuda en otros idiomas sin ningún costo para usted. Puede solicitar servicios de interpretación, incluyendo intérpretes de lengua de señas. Puede solicitar materiales traducidos a su idioma o en formatos alternativos, como braille, audio o letra grande. También puede solicitar ayuda adicional y dispositivos auxiliares en nuestros centros de atención. Llame al Departamento de Servicio a los Miembros para pedir ayuda. Servicio a los Miembros está cerrado los días festivos principales.

- Medicare, incluyendo D-SNP: **1-800-443-0815** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Todos los otros: **1-800-788-0616** (TTY **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

**Tagalog:** PAUNAWA. May magagamit na tulong sa wika nang wala kang babayaran. Maaari kang humiling ng mga serbisyo ng interpreter, kasama ang mga interpreter sa sign language. Maaari kang humiling ng mga babasahin na nakasalin-wika sa iyong wika o sa mga alternatibong format, na tulad ng braille, audio, o malalaking titik. Puwede ka ring humiling ng mga karagdagang tulong at device sa aming mga pasilidad. Tawagan ang aming departamento ng Mga Serbisyo sa Miyembro para sa tulong. Ang mga serbisyo sa miyembro ay sarado sa mga pangunahing holiday.

- Medicare, kasama ang D-SNP: **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY **711**), 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo
- Ang lahat ng iba: **1-800-464-4000** (TTY **711**), 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo

ជំនួយបន្ថែម និងឧបករណ៍ជំនួយនៅតាមការត្រួតពិនិត្យស្ថានភាពសាមីការស្នើសុំ។ សូមទំនាក់ទំនងជាមួយមន្ត្រីស្នើសុំសមាជិកស្ថាប័ន។ សេវាសមាជិកត្រូវបាន  
បិទនៅពេលសម្រាកសប្តាហ៍។

- Medicare, រ៉ូម៉ង់ D-SNP: 1-800-443-0815 (TTY 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍
- Medi-Cal: 1-855-839-7613 (TTY 711) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍
- ផ្សេងៗទៀត: 1-800-464-4000 (TTY 711) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍

**Korean:** 안내 사. 24시간. 무료. 수화. 통역. 통역 서비스를 요청할 수 있습니다. 한국어로 번역된 자료 또는 책, 오디오 또는 큰 글씨와 같은 대체 형식의 자료를 요청할 수 있습니다. 저희 시설에서 보조 기구와 장치를 요청할 수도 있습니다. 가입자 서비스 부서에도 도움을 요청하시기 바랍니다. 주요 공항에는 가입자 서비스를 운영하지 않습니다.

- Medicare(D-SNP 포함), 주 7일 오전 8시~오후 8시에 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 문의
- Medi-Cal: 1-855-839-7613 (TTY 711), 주 7일, 하루 24시간
- 기타: 1-800-464-4000 (TTY 711), 주 7일, 하루 24시간

**Laotian:** ໂປດຊາບ. ມີການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ທ່ານສາມາດຂໍບໍລິການພາສາລາວ, ລາວທັງພາສາລາວ, ລາວທັງພາສາລາວ. ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້  
ແປເອກະລາດພາສາຂອງທ່ານ ຫຼື ຮັບແບບອັດຕະໂນມັດຂອງທ່ານ, ສຽງ, ຫຼື ການພິມຂອງທ່ານໃຫຍ່. ນອກຈາກນີ້ທ່ານຍັງສາມາດຮອງຂໍເຄື່ອງຊ່ວຍ  
ພັງ ແລະ ອຸປະກອນການຊ່ວຍເຫຼືອໃນສະຖານທີ່ຂອງພວກເຮົາ. ໂທຫາພະແນກບໍລິການສະພາຊັກຂອງພວກເຮົາເພື່ອຮູ້ເລີຍ. ພະແນກບໍລິການ  
ສະພາຊັກແມ່ນປິດໂດຍວັນພຸດສາມັນຕາງໆ.

- Medicare, ລາວ D-SNP: 1-800-443-0815 (TTY 711), 8 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8 ໂມງແລງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ
- Medi-Cal: 1-855-839-7613 (TTY 711), 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ
- ອື່ນໆ: 1-800-464-4000 (TTY 711), 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ

**Mien:** CAU FIM JANGX LONGX OC. Ninh mbuo duy liepc ziangx tengx faan waac bun meih muangx mv zuqc heuc meih ndorqv  
nyaanh cingv oc. Meih corc haiv tov taux ninh mbuo tengx lorz faan waac bun meih, caux longc buoz wuv faan waac bun muangx.  
Meih aengx haiv tov taux ninh mbuo dorch nyungc horigx ja dorgx faan benx meih nvei waac a'fal fiev bieqc da'nyeic diuc daan,  
fie v benx domh n'zangc-pokc bun hluo, bungx waac-qiez bun uangx, a'fal aamx bieqc domh zeiv-linh. Meih corc haiv tov longc  
benx wuotc ginc ja dorgx tengx aengx caux ja a-sic nzie bun yiem njie zorc goux baengc zingh gorn zangc. Mborgv finx lorz  
taux yie mbuo dinc zangc domh gorn zux goux baengc mienh nvei dorgx liouh tov heuc ninh mbuo tengx nzie weih. Zux goux  
baengc mienh nvei gorn zangc se gec mv zoux gong yiem ginc nvei hnoi-nyieqc oc.

- Medicare, caux D-SNP: 1-800-443-0815 (TTY 711), yiem 8 dimv lungx ndorm taux 8 dimv lungx muonx, yieic norm leiz
- Medi-Cal: 1-855-839-7613 (TTY 711), yieic hnoi goux junh 24 norm ziangh hoc, yieic norm leiz baax zoux gong 7 hnoi
- Yieic zungv da'nyeic diuc jauv-louc: 1-800-464-4000 (TTY 711), yieic hnoi goux junh 24 norm ziangh hoc, yieic norm leiz

**Navajo:** GIIA. Tséé' naalkaah sida'igii éi doo t'éé' h'í' dah sida'igii. T'éé'góó t'í'izi'igii éi tséé' naalkaah sida'igii bikaa' dah sida'igii,  
t'á'íi bik'eh dah na'alkaigii. T'á'íi éi t'éé'góó t'í'izi'igii bik'eh dah deidiyos, t'á'íi éi bi'ée' bik'eh dah na'alkaigii bik'eh dah deidiyos. T'á'íi  
bik'eh dah na'alkaigii bikaa' dah na'alkaigii t'á'á ahtso bik'eh dah deidiyos. Bi'ée' naalkaah sida'igii bik'eh ha'a'ah. T'á'íi bik'eh dah  
na'alkaigii éi bik'eh dah naazhja'igii bik'eh dah na'alkaigii.



## Notice of Language Assistance

**English: ATTENTION.** Language assistance is available at no cost to you. You can ask for interpreter services, including sign language interpreters. You can ask for materials translated into your language or alternative formats, such as braille, audio, or large print. You can also request auxiliary aids and devices at our facilities. Call our Member Services department for help. Member services is closed on major holidays.

- Medicare, including D-SNP: **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY **711**), 24 hours a day, 7 days a week
- All others: **1-800-464-4000** (TTY **711**), 24 hours a day, 7 days a week

[illegible]

- [illegible]

[illegible]

- Medicare, ներքին D-SNP՝ 1-800-443-0815 (TTY 711), 8 ա.մ.-ից 8 Բ.մ.-ը, շաբաթը 7 օր
- Medi-Cal՝ 1-855-839-7613 (TTY 711), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր
- Մյուս բոլորը՝ 1-800-464-4000 (TTY 711), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր

**Chinese:** 请注意，我们有免费语言协助。您可以要求我们提供口译服务，包括手语翻译员。您可以要求将资料翻译成您所使用的语言或其他格式的版本，如盲文、音频或大字版。您还可以要求使用我们设施中的语言辅助工具和设备。请联系会员服务部以获取帮助。重要节假日期间会员服务不开放。

You may also contact the Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator directly at the addresses below:

**Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator**

Member Relations Grievance Operations

P.O. Box 939001

San Diego CA 92193

**How to file a grievance with the California Department of Health Care Services Office of Civil Rights (For Medi-Cal Beneficiaries Only)**

You can also file a civil rights complaint with the California Department of Health Care Services Office of Civil Rights in writing, by phone or by email:

- **By phone:** Call DHCS Office of Civil Rights at 916-440-7370 (TTY 711)

- **By mail:** Fill out a complaint form or send a letter to:

Office of Civil Rights

Department of Health Care Services

P.O. Box 997413, MS 0009

Sacramento, CA 95899-7413

California Department of Health Care Services Office of Civil Rights Complaint forms are available at:  
[http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)

- **Online:** Send an email to [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)

**How to file a grievance with the U.S. Department of Health and Human Services Office of Civil Rights**

You can file a discrimination complaint with the U.S. Department of Health and Human Services Office of Civil Rights. You can file your complaint in writing, by phone, or online:

- **By phone:** Call 1-800-368-1019 (TTY 711 or 1-800-537-7697)

- **By mail:** Fill out a complaint form or send a letter to:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

- **U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights Complaint forms are available at:** <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
- **Online:** Visit the Office of Civil Rights Complaint Portal at: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>



## Nondiscrimination Notice

In this document, “we”, “us”, or “our” means Kaiser Permanente (Kaiser Foundation Health Plan, Inc, Kaiser Foundation Hospitals, The Permanente Medical Group, Inc., and the Southern California Medical Group). This notice is available on our website at [kp.org](http://kp.org).

Discrimination is against the law. We follow state and federal civil rights laws.

We do not discriminate, exclude people, or treat them differently because of age, race, ethnic group identification, color, national origin, cultural background, ancestry, religion, sex, gender, gender identity, gender expression, sexual orientation, marital status, physical or mental disability, medical condition, source of payment, genetic information, citizenship, primary language, or immigration status.

Kaiser Permanente provides the following services:

- No-cost aids and services to people with disabilities to help them communicate better with us, such as:
  - ◆ Qualified sign language interpreters
  - ◆ Written information in other formats (braille, large print, audio, accessible electronic formats, and other formats)
- 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 our Member Services department at the numbers below. The call is free. Member services is closed on major holidays.

- Medicare, including D-SNP: **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week.
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY **711**), 24 hours a day, 7 days a week.
- All others: **1-800-464-4000** (TTY **711**), 24 hours a day, 7 days a week.

Upon request, this document can be made available to you in braille, large print, audio, or electronic formats. To obtain a copy in one of these alternative formats, or another format, call our Member Services department and ask for the format you need.

### How to file a grievance with Kaiser Permanente

You can file a discrimination grievance with us if you believe we have failed to provide these services or unlawfully discriminated in another way. You can file a grievance by phone, by mail, in person, or online. Please refer to your *Evidence of Coverage or Certificate of Insurance* for details. You can call Member Services for more information on the options that apply to you, or for help filing a grievance. You may file a discrimination grievance in the following ways:

- **By phone:** Call our Member Services department. Phone numbers are listed above.
- **By mail:** Download a form at [kp.org](http://kp.org) or call Member Services and ask them to send you a form that you can send back.
- **In person:** Fill out a Complaint or Benefit Claim/Request form at a member services office located at a Plan Facility (go to your provider directory at [kp.org/facilities](http://kp.org/facilities) for addresses)
- **Online:** Use the online form on our website at [kp.org](http://kp.org)

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.



**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)

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

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

- El deducible general del plan \$250
- Copago para el especialista \$30
- Coseguro del hospital (establecimiento) 20%
- Otro copago (análisis de sangre) \$10

**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                    | \$250   |          |
| Copagos                       | \$60    |          |
| Coseguro                      | \$1,700 |          |
| Lo que no está cubierto       |         |          |
| Límites o exclusiones         | \$50    |          |
| El total que Peg pagaría es   |         | \$2,060  |

- El deducible general del plan \$250
- Copago para el especialista \$30
- Coseguro del hospital (establecimiento) 20%
- Otro copago (análisis de sangre) \$10

**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                    | \$90  |         |
| Copagos                       | \$500 |         |
| Coseguro                      | \$100 |         |
| Lo que no está cubierto       |       |         |
| Límites o exclusiones         | \$0   |         |
| El total que Joe pagaría es   |       | \$690   |

- El deducible general del plan \$250
- Copago para el especialista \$30
- Coseguro del hospital (establecimiento) 20%
- Otro copago (radiografía) \$10

**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                    | \$250 |         |
| Copagos                       | \$300 |         |
| Coseguro                      | \$200 |         |
| Lo que no está cubierto       |       |         |
| Límites o exclusiones         | \$0   |         |
| El total que Mia pagaría es   |       | \$750   |

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

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                                                             | 1-800-278-3296 (TTY: 711) o <a href="http://www.kp.org/memberservices">www.kp.org/memberservices</a>     |
| Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos | 1-866-444-EBSA (3272) o <a href="http://www.dol.gov/ebsa/healthreform">www.dol.gov/ebsa/healthreform</a> |
| Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros  | 1-877-267-2323 x61565 o <a href="http://www.cclio.cms.gov">www.cclio.cms.gov</a>                         |
| Departamento de Seguros de California                                                                    | 1-800-927-4357 o <a href="http://www.insurance.ca.gov">www.insurance.ca.gov</a>                          |
| Departamento de Atención Médica Administrada de California                                               | 1-888-466-2219 o <a href="http://www.dmh.ca.gov">www.dmh.ca.gov</a>                                      |

**?Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Si.**

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 tarifas del plan.

**?Cumple este plan el valor mínimo estándar? Si.**

Si su plan no cumple con el valor mínimo estándar, es posible que cumpla con los requisitos para recibir un crédito fiscal para tarifas 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 1-800-788-0616 (TTY: 711)  
TAGALOG (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-278-3296 (TTY: 711)  
TRADITIONAL CHINESE (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-800-757-7585 (TTY: 711)  
PENNSYLVANIA DUTCH (Deutsch): Fer Hilf griegel in Deutsch, ruf 1-800-278-3296 (TTY: 711) uff  
NAVAJO (Dine): Dinekehgo shika at'ohwol ninisingo, kwilijigo holne' 1-800-278-3296 (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 aliilis reel kapasal Falawasch au fataing! tilifon ye 1-800-278-3296 (TTY: 711)  
CHAMORRO (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, a'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.

| Circunstancia                                                                       | Servicios que podría necesitar                  | Lo que usted pagará                                                                    | Lo que usted pagará | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------------------------------|
| Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud | Atención médica en el hogar                     | Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica.                                           | No está cubierto    | Límite de 3 visitas por día y 100 visitas por año.      |
|                                                                                     | Servicios de rehabilitación                     | Paciente hospitalizado: 20% de <u>coseguro</u> ; paciente ambulatorio: \$20 por visita | No está cubierto    | Ninguna                                                 |
|                                                                                     | Servicios de habilitación                       | \$20 por visita                                                                        | No está cubierto    | Ninguna                                                 |
|                                                                                     | Atención de enfermería especializada            | 20% de <u>coseguro</u>                                                                 | No está cubierto    | Límite de 100 días por periodo de beneficios.           |
|                                                                                     | Equipo médico duradero                          | 20% de <u>coseguro</u> , el <u>deducible</u> no se aplica                              | No está cubierto    | Se requiere autorización previa.                        |
|                                                                                     | Servicios en un programa de cuidados paliativos | Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica.                                           | No está cubierto    | Ninguna                                                 |
|                                                                                     | Examen de la vista para niños                   | El examen de refracción no tiene costo, el <u>deducible</u> no se aplica.              | No está cubierto    | Ninguna                                                 |
|                                                                                     | Anteojos para niños                             | No está cubierto                                                                       | No está cubierto    | Ninguna                                                 |
| Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista                                | Controlo dental para niños                      | No está cubierto                                                                       | No está cubierto    | Ninguna                                                 |

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

|                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Anteojos para niños</li> <li>Cirugía estética</li> <li>Atención dental (adultos y niños)</li> </ul>                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>Cuidados a largo plazo</li> <li>Cuidado de los pies de rutina</li> <li>Programas para perder peso</li> </ul> |
| <b>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).</b> |                                                                                                                                                     |

|                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Acupuntura (se limita a 20 visitas por año)</li> <li>Atención quiropráctica (se limita a 20 visitas por año combinadas con acupuntura)</li> <li>Cirugía bariátrica</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento para la infertilidad</li> <li>Cuidado de los ojos de rutina (adultos)</li> </ul> |
| <b>Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).</b>                                                         |                                                                                                                                     |

**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](http://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.

|                                                                                     |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Circunstancia común                                                                 | Servicios que podría necesitar                          | Lo que usted pagará<br>Proveedor del plan<br>(Usted pagará el mínimo)                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Lo que usted pagará<br>Proveedor fuera del plan<br>(Usted pagará el máximo) | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                          |
| Si necesita atención médica inmediata                                               | Atención en la Sala de Emergencias                      | 20% de coseguro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 20% de coseguro                                                             | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                     | Transporte médico de emergencia                         | \$150 por viaje                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | \$150 por viaje                                                             | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                     | Atención de urgencia                                    | \$20 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | No está cubierto                                                            | Los <u>proveedores fuera del plan</u> están cubiertos cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio: \$20 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica.                                                                     |
|                                                                                     | Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital) | 20% de coseguro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | No está cubierto                                                            | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                          |
| Si necesita hospitalización                                                         | Tarifas del médico/cirujano                             | 20% de coseguro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | No está cubierto                                                            | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                     | Servicios para pacientes ambulatorios                   | Salud mental y conductual: \$20 por visita individual, el <u>deducible</u> no se aplica. 20% de coseguro para otros servicios para pacientes ambulatorios; abuso de sustancias: \$20 por visita individual, el <u>deducible</u> no se aplica. 20% de coseguro hasta \$5 por día para otros servicios para pacientes ambulatorios, el <u>deducible</u> no se aplica. | No está cubierto                                                            | Salud mental y conductual: \$10 por visita grupal, el <u>deducible</u> no se aplica. \$5 por visita grupal, el <u>deducible</u> no se aplica.                                                                                                    |
| Si necesita servicios de salud mental, de salud conductual o de abuso de sustancias | Servicios para pacientes hospitalizados                 | 20% de coseguro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | No está cubierto                                                            | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                     | Visitas al consultorio                                  | Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | No está cubierto                                                            | Se pueden aplicar <u>copagos</u> , <u>coseguros</u> o <u>deducibles</u> según el tipo de servicio. Los <u>cuidados de maternidad</u> 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   | 20% de coseguro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | No está cubierto                                                            | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                     | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto   | 20% de coseguro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | No está cubierto                                                            | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                          |
| Si está embarazada                                                                  | Atención en la Sala de Emergencias                      | 20% de coseguro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 20% de coseguro                                                             | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                     | Transporte médico de emergencia                         | \$150 por viaje                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | \$150 por viaje                                                             | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                     | Atención de urgencia                                    | \$20 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | No está cubierto                                                            | Los <u>proveedores fuera del plan</u> están cubiertos cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio: \$20 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica.                                                                     |
|                                                                                     | Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital) | 20% de coseguro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | No está cubierto                                                            | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                          |



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

| Circunstancia                                                           | Servicios que podría necesitar                                                                                               | Lo que usted pagará                                                                                        | Proveedor fuera del plan | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Si acude al consultorio o clínica del proveedor                         | Consulta de atención primaria para tratar una afección o lesión                                                              | \$20 por visita, el deducible no se aplica.                                                                | No está cubierto         | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                         | Consulta con un especialista                                                                                                 | \$30 por visita, el deducible no se aplica.                                                                | No está cubierto         | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                         | Atención preventiva/evaluación/vacunas                                                                                       | Sin costo, el deducible no se aplica.                                                                      | No está cubierto         | 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.                                                                   |
|                                                                         | Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)                                                                   | \$10 por sesión                                                                                            | No está cubierto         | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                          |
| Si se realiza un examen                                                 | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | 20% de coseguro hasta \$50 por procedimiento                                                               | No está cubierto         | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                         | Medicamentos genéricos (nivel 1)                                                                                             | Al por menor: \$10 por receta médica; orden por correo: \$20 por receta médica, 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. Sujeto a las pautas de la lista de medicamentos. Los anticonceptivos no tienen costo, el deducible no se aplica.                                    |
| Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica | Medicamentos de marca preferidos (nivel 2)                                                                                   | Al por menor: \$30 por receta médica; orden por correo: \$60 por receta médica, 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. Sujeto a las pautas de la lista de medicamentos.                                                                                                    |
|                                                                         | Medicamentos de marca no preferidos (nivel 2)                                                                                | Al por menor: \$30 por receta médica; orden por correo: \$60 por receta médica, el deducible no se aplica. | No está cubierto         | El costo compartido para medicamentos de marca no preferidos de este plan se alinea con el costo compartido para medicamentos de marca preferidos (nivel 2) cuando este aprobado mediante el proceso de excepciones de la lista de medicamentos. |
|                                                                         | Medicamentos de especialidad (nivel 4)                                                                                       | 20% de coseguro hasta \$250 por receta médica, el deducible no se aplica.                                  | No está cubierto         | Hasta un suministro de 30 días al por menor. Sujeto a las pautas de la lista de medicamentos.                                                                                                                                                    |
|                                                                         | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)                                                                    | 20% de coseguro                                                                                            | No está cubierto         | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                          |
| Si le hacen una cirugía ambulatoria                                     | Tariffas del médico/cirujano                                                                                                 | 20% de coseguro                                                                                            | No está cubierto         | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                          |





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 tarifa) 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 <https://kp.org/plandocument> o llame al 1-800-278-3296 (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 en <https://www.cms.gov/CLIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/Spanish-Uniform-Glossary-05-2020-508.pdf> o llame al 1-800-278-3296 (TTY: 711) para pedir una copia.

| Preguntas importantes                                               |                                                                                                                                              | Respuestas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Por qué es importante:                                                      |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| ¿Cuánto es el deducible total?                                      | \$250 por individuo/\$500 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?            | Si, 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 <a href="https://www.cuidadodosalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.cuidadodosalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/</a> .                        | No debe pagar deducibles por servicios específicos.                         |
| ¿Hay otros deducibles para servicios específicos?                   | No.                                                                                                                                          | 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.                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                             |
| ¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan?          | \$3,000 por individuo/\$6,000 por familia                                                                                                    | Las tarifas, 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. |
| ¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo? |                                                                                                                                              | Este plan utiliza una red de proveedores. Pagará menos si usa un proveedor que este 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. |                                                                             |
| ¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red?             | Si. Para obtener una lista de proveedores de la red, visite <a href="http://www.kp.org">www.kp.org</a> o llame al 1-800-278-3296 (TTY: 711). |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                             |
| ¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista?        | Si, pero puede autoderivar 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                             |