

All plans offered and underwritten by Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest



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 1-800-813-2000 (TTY: 711). For general definitions of common terms, such as [allowed amount](#), [balance billing](#), [coinsurance](#), [copayment](#), [deductible](#), [provider](#), or other underlined terms, see the Glossary. You can view the Glossary at www.healthcare.gov/sbc-glossary/ or call 1-800-813-2000 (TTY: 711) to request a copy.

Important Questions	Answers	Why this Matters:
What is the overall deductible ?	\$250 Individual / \$500 Family	Generally, you must pay all of the costs from providers up to the deductible amount before this plan begins to pay. If you have other family members on the plan , each family member must meet their own individual deductible until the total amount of deductible expenses paid by all family members meets the overall family deductible .
Are there services covered before you meet your deductible ?	Yes. Preventive care and services indicated in chart starting on page 2.	This plan covers some items and services even if you haven't yet met the deductible amount. But a copayment or coinsurance may apply. For example, this plan covers certain preventive services without cost sharing and before you meet your deductible . See a list of covered preventive services at https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
Are there other deductibles for specific services?	No.	You don't have to meet deductibles for specific services.
What is the out-of-pocket limit for this plan ?	\$3,000 Individual / \$6,000 Family	The out-of-pocket limit is the most you could pay in a year for covered services. If you have other family members in this plan , they have to meet their own out-of-pocket limits until the overall family out-of-pocket limit has been met.
What is not included in the out-of-pocket limit ?	Premiums , health care this plan doesn't cover, and services indicated in chart starting on page 2.	Even though you pay these expenses, they don't count toward the out-of-pocket limit .
Will you pay less if you use a network provider ?	Yes. See www.kp.org or call 1-800-813-2000 (TTY: 711) for a list of Participating Providers .	This plan uses a provider network . You will pay less if you use a provider in the plan's network . You will pay the most if you use an out-of-network provider , and you might receive a bill from a provider for the difference between the provider's charge and what your plan pays balance billing). Be aware, your network provider might use an out-of-network provider for some services (such as lab work). Check with your provider before you get services.

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

 All [copayment](#) and [coinsurance](#) costs shown in this chart are after your [deductible](#) has been met, if a [deductible](#) applies.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay Participating Provider (You will pay the least)	What You Will Pay Non-Participating Provider (You will pay the most)	Limitations, Exceptions & Other Important Information
If you visit a health care provider's office or clinic	Primary care visit to treat an injury or illness	\$20 / visit, deductible does not apply	Not covered	None
	Specialist visit	\$30 / visit, deductible does not apply	Not covered	None
	Preventive care/ screening/ immunization	No charge, deductible does not apply	Not covered	You may have to pay for services that aren't preventive . Ask your provider if the services needed are preventive . Then check what your plan will pay for.
If you have a test	Diagnostic test (x-ray, blood work)	Xray: \$10 / visit, deductible does not apply. Lab tests: \$10 / visit, deductible does not apply.	Not covered	None
	Imaging (CT/PET scans, MRI's)	\$50 / visit, deductible does not apply	Not covered	Some services may require prior authorization.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay Participating Provider (You will pay the least)	What You Will Pay Non-Participating Provider (You will pay the most)	Limitations, Exceptions & Other Important Information
If you need drugs to treat your illness or condition More information about prescription drug coverage is available at www.kp.org/formulary	Generic drugs	\$10 (retail) & \$20 (mail order) / prescription , deductible does not apply.	Not covered	Up to a 30-day supply (retail) & up to a 90-day supply (mail order). Subject to formulary guidelines.
	Preferred brand drugs	\$30 (retail) & \$60 (mail order) / prescription , deductible does not apply.	Not covered	Up to a 30-day supply (retail) & up to a 90-day supply (mail order). Subject to formulary guidelines.
	Non-preferred drugs	\$30 (retail) & \$60 (mail order) / prescription , deductible does not apply.	Not covered	Up to a 30-day supply (retail) & up to a 90-day supply (mail order). Subject to formulary guidelines, when approved through exception process.
	Specialty drugs	20% coinsurance up to \$250 (retail), deductible does not apply.	Not covered	Up to a 30-day supply (retail). Subject to formulary guidelines, when approved through exception process.
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	20% coinsurance	Not covered	Prior authorization required.
	Physician/surgeon fees	20% coinsurance	Not covered	Prior authorization required.
If you need immediate medical attention	Emergency room care	20% coinsurance	20% coinsurance	None
	Emergency medical transportation	\$150 / trip, deductible does not apply	\$150 / trip, deductible does not apply	None
	Urgent care	\$20 / visit, deductible does not apply	Not covered	Non-Participating Providers covered when temporarily outside the service area: \$20 / visit, deductible does not apply.
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	20% coinsurance	Not covered	Prior authorization required.
	Physician/surgeon fee	20% coinsurance	Not covered	Prior authorization required.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay Participating Provider (You will pay the least)	What You Will Pay Non-Participating Provider (You will pay the most)	Limitations, Exceptions & Other Important Information
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	\$20 / visit, deductible does not apply	Not covered	None
	Inpatient services	20% coinsurance	Not covered	Prior authorization required.
If you are pregnant	Office visits	No charge, deductible does not apply	Not covered	Depending on the type of services, a copayment , coinsurance , or deductible may apply. Maternity care may include tests and services described elsewhere in the SBC (i.e., ultrasound).
	Childbirth/delivery professional services	20% coinsurance	Not covered	None
	Childbirth/delivery facility services	20% coinsurance	Not covered	None
If you need help recovering or have other special health needs	Home health care	No charge, deductible does not apply	Not covered	130 visit limit / year. Prior authorization required.
	Rehabilitation services	Outpatient: \$20 / visit, deductible does not apply Inpatient: 20% coinsurance .	Not covered	Outpatient: 20 visit limit / year. Prior authorization required. Inpatient: Prior authorization required.
	Habilitation services	\$20 / visit, deductible does not apply	Not covered	20 visit limit / year. Prior authorization required.
	Skilled nursing care	20% coinsurance	Not covered	100 day limit / year. Prior authorization required.
	Durable medical equipment	No charge, deductible does not apply	Not covered	Subject to formulary guidelines. Prior authorization required.
	Hospice service	No charge, deductible does not apply	Not covered	Prior authorization required.
If your child needs dental or eye care	Children's eye exam	No charge for refractive exam, deductible 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 [Plan](#) Generally Does NOT Cover (Check your policy or [plan](#) document for more information and a list of any other [excluded services](#).)

- Children's glasses
- Cosmetic surgery
- Dental care (Adult & Child)
- Long-term care
- Non-emergency care when traveling outside the U.S.
- Private-duty nursing
- Routine foot care
- Weight loss programs

Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list. Please see your [plan](#) document.)

- Acupuncture (12 visit limit / year)
- Bariatric surgery
- Chiropractic care (12 visit limit / year)
- Hearing aids (1 aid / ear / 36 months)
- Infertility treatment
- Routine eye care (Adult)

Your Rights to Continue Coverage: There are agencies that can help if you want to continue your coverage after it ends. The contact information for those agencies is shown in the chart below. Other coverage options may be available to you too, including buying individual insurance coverage through the [Health Insurance Marketplace](#). For more information about the [Marketplace](#), visit www.HealthCare.gov or call 1-800-318-2596.

Your Grievance and Appeals Rights: There are agencies that can help if you have a complaint against your [plan](#) for a denial of a [claim](#). This complaint is called a [grievance](#) or [appeal](#). For more information about your rights, look at the explanation of benefits you will receive for that medical [claim](#). Your [plan](#) documents also provide complete information on how to submit a [claim](#), [appeal](#), or a [grievance](#) for any reason to your [plan](#). For more information about your rights, this notice, or assistance, contact the agencies in the chart below.

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

Kaiser Permanente Member Services	1-800-813-2000 (TTY: 711) or www.kp.org/memberservices
Department of Labor's Employee Benefits Security Administration	1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform
Department of Health & Human Services, Center for Consumer Information & Insurance Oversight	1-877-267-2323 x61565 or www.cciio.cms.gov
Oregon Department of Insurance	1-888-877-4894 or https://dfr.oregon.gov/
Washington Department of Insurance	1-800-562-6900 or www.insurance.wa.gov

Does this plan provide Minimum Essential Coverage? Yes.

[Minimum Essential Coverage](#) generally includes [plans](#), [health insurance](#) available through the [Marketplace](#) or other individual market policies, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, and certain other coverage. If you are eligible for certain types of [Minimum Essential Coverage](#), you may not be eligible for the [premium tax credit](#).

Does this plan meet the Minimum Value Standards? Yes.

If your [plan](#) doesn't meet the [Minimum Value Standards](#), you may be eligible for a [premium tax credit](#) to help you pay for a [plan](#) through the [Marketplace](#).

Language Access Services:

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

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

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

PENNSYLVANIA DUTCH (Deutsch): Fer Hilf griege in Deutsch, ruf 1-800-813-2000 (TTY: 711) uff

NAVAJO (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-813-2000 (TTY: 711)

SAMOAN (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-800-813-2000 (TTY: 711)

CAROLINIAN (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-800-813-2000 (TTY: 711)

CHAMORRO (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, à'gang 1-800-813-2000 (TTY: 711)

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

About these Coverage Examples:



This is not a cost estimator. Treatments shown are just examples of how this [plan](#) might cover medical care. Your actual costs will be different depending on the actual care you receive, the prices your [providers](#) charge, and many other factors. Focus on the [cost sharing](#) amounts ([deductibles](#), [copayments](#) and [coinsurance](#)) and [excluded services](#) under the [plan](#). Use this information to compare the portion of costs you might pay under different health [plans](#). Please note these coverage examples are based on self-only coverage.

Peg is Having a Baby

(9 months of in-network pre-natal care and a hospital delivery)

■ The plan's overall deductible	\$250
■ Specialist copayment	\$30
■ Hospital (facility) coinsurance	20%
■ Other (blood work) copayment	\$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*)

Total Example Cost	\$12,700
In this example, Peg would pay:	
<i>Cost Sharing</i>	
Deductibles	\$250
Copayments	\$70
Coinsurance	\$1,600
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$60
The total Peg would pay is	\$1,980

Managing Joe's Type 2 Diabetes

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

■ The plan's overall deductible	\$250
■ Specialist copayment	\$30
■ Hospital (facility) coinsurance	20%
■ Other (blood work) copayment	\$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*)

Total Example Cost	\$5,600
In this example, Joe would pay:	
<i>Cost Sharing</i>	
Deductibles	\$0
Copayments	\$700
Coinsurance	\$0
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$0
The total Joe would pay is	\$700

Mia's Simple Fracture

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

■ The plan's overall deductible	\$250
■ Specialist copayment	\$30
■ Hospital (facility) coinsurance	20%
■ Other (x-ray) copayment	\$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*)

Total Example Cost	\$2,800
In this example, Mia would pay:	
<i>Cost Sharing</i>	
Deductibles	\$250
Copayments	\$400
Coinsurance	\$100
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$0
The total Mia would pay is	\$750

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

This page is intentionally left blank.

Nondiscrimination Notice

Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (Kaiser Health Plan) complies with applicable federal and state civil rights laws and does not discriminate, exclude people or treat them differently on the basis of race, color, national origin (including limited English proficiency), age, disability, or sex (including sex characteristics, intersex traits; pregnancy or related conditions; sexual orientation; gender identity, and sex stereotypes).

Kaiser Health Plan:

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

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

If you believe that Kaiser Health Plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation, you can file a grievance with our Civil Rights Coordinator, by mail, phone, or fax. If you need help filing a grievance, our Civil Rights Coordinator is available to help you. You may contact our Civil Rights Coordinator at:

Member Relations Department
Attention: Kaiser Civil Rights Coordinator
500 NE Multnomah St., Suite 100
Portland, OR 97232-2099
Fax: **1-855-347-7239**

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
Phone: **1-800-368-1019**
TDD: **1-800-537-7697**

Complaint forms are available at www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

For Washington Members:

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

This notice is available at <https://healthy.kaiserpermanente.org/oregon-washington/language-assistance/nondiscrimination-notice>

Help in Your Language

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

አማርኛ (Amharic) ትኩረት: አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ ተገቢ የሆኑ ረዳት መርጃዎችን እና አገልግሎቶችን ጨምሮ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶች በነጻ ይገኛሉ። በ **1-800-813-2000** ይደውሉ (TTY: 711)።

العربية (Arabic) تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية بما في ذلك من وسائل المساعدة والخدمات المناسبة بالمجان. اتصل بالرقم **1-800-813-2000** (TTY: 711).

中文 (Chinese) 注意事項: 如果您說中文，您可獲得免費語言協助服務，包括適當的輔助器材和服務。致電 **1-800-813-2000** (TTY: 711)。

فارسی (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، «تسهیلات زبانی»، از جمله کمک‌ها و خدمات پشتیبانی مناسب، به صورت رایگان در دسترس‌تان است با **1-800-813-2000** تماس بگیرید (TTY: تلفن متنی): **711**).

Français (French) ATTENTION : si vous parlez français, des services d'assistance linguistique comprenant des aides et services auxiliaires appropriés, gratuits, sont à votre disposition. Appelez le **1-800-813-2000** (TTY: 711).

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen die Sprachassistentz mit entsprechenden Hilfsmitteln und Dienstleistungen kostenfrei zur Verfügung. Rufen Sie **1-800-813-2000** an (TTY: 711).

日本語 (Japanese) 注意 : 日本語を話す場合、適切な補助機器やサービスを含む言語支援サービスが無料で提供されます。 **1-800-813-2000** までお電話ください (TTY: 711)。

ខ្មែរ (Khmer) យកចិត្តទុកដាក់: បើអ្នកនិយាយខ្មែរ សេវាជំនួយភាសា រួមទាំងជំនួយនិងសេវាសមស្រប ដោយឥតគិតថ្លៃ មានចំពោះអ្នក។ ហៅ **1-800-813-2000** (TTY: 711)។

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 구사하실 경우, 필요한 보조 기기 및 서비스가 포함된 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다. **1-800-813-2000**로 전화해 주세요(TTY: 711).

ລາວ (Laotian) ເອົາໃຈໃສ່: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ລວມທັງອຸປະກອນ ແລະ ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ເໝາະສົມ ຈະມີໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທ **1-800-813-2000** (TTY: 711).

Afaan Oromoo (Oromo) XIYYEEFFANNOO: Yoo Afaan Oromo dubbattu ta'e, Tajaajila gargaarsa afaanii, gargaarsota dabalataa fi tajaajiloota barbaachisoo kaffaltii irraa bilisa ta'an, isiniif ni jira. **1-800-813-2000** irratti bilbilaa (TTY:- **711**)

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi) ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਯੋਗ ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1-800-813-2000** (TTY:- **711**)।

Română (Romanian) ATENȚIE: Dacă vorbiți română, vă sunt disponibile gratuit servicii de asistență lingvistică, inclusiv ajutoare și servicii auxiliare adecvate. Sunați la **1-800-813-2000** (TTY: 711).

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ! Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки, включая соответствующие вспомогательные средства и услуги. Позвоните по номеру **1-800-813-2000** (TTY: 711).

Español (Spanish) ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística que incluyen ayudas y servicios auxiliares adecuados y gratuitos. Llame al **1-800-813-2000** (TTY: 711).

Tagalog (Tagalog) PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, available sa iyo ang serbisyo ng tulong sa wika kabilang ang mga naaangkop na karagdagang tulong at serbisyo, nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

ไทย (Thai) โปรดทราบ: หากท่านพูดภาษาไทย ท่านสามารถขอรับบริการช่วยเหลือด้านภาษา รวมทั้งเครื่องช่วยเหลือและบริการเสริมที่เหมาะสมได้ฟรี โทร **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Українська (Ukrainian) УВАГА! Якщо ви володієте українською мовою, вам доступні безкоштовні послуги з мовної допомоги, включно із відповідною додатковою допомогою та послугами. Зателефонуйте за номером 1 800 813 2000 (TTY: **711**).

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, bạn có thể sử dụng các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí, bao gồm các dịch vụ và phương tiện hỗ trợ phù hợp. Xin gọi **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Română (Romanian) ATENȚIE: Dacă vorbiți română, vă sunt disponibile gratuit servicii de asistență lingvistică, inclusiv ajutoare și servicii auxiliare adecvate. Sunați la **1-800-813-2000** (TTY: 711).

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ! Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки, включая соответствующие вспомогательные средства и услуги. Позвоните по номеру **1-800-813-2000** (TTY: 711).

Español (Spanish) ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística que incluyen ayudas y servicios auxiliares adecuados y gratuitos. Llame al **1-800-813-2000** (TTY: 711).

Tagalog (Tagalog) PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, available sa iyo ang serbisyo ng tulong sa wika kabilang ang mga naaangkop na karagdagang tulong at serbisyo, nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-813-2000** (TTY: 711).

ไทย (Thai) โปรดทราบ: หากคุณพูดภาษาไทย เรามีบริการช่วยเหลือทางภาษาฟรี รวมถึงบริการช่วยเหลือทางภาษาเพิ่มเติมและบริการช่วยเหลือทางภาษาฟรี โทร **1-800-813-2000** (TTY: 711).

Українська (Ukrainian) УВАГА! Якщо ви володієте українською мовою, вам доступні безкоштовні послуги з мовної допомоги, включно із відповідною допоматковою допомогою та послугами. Зателефонуйте за номером **1-800-813-2000** (TTY: 711).

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, bạn có thể sử dụng các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí, bao gồm các dịch vụ và phương tiện hỗ trợ phù hợp. Xin gọi **1-800-813-2000** (TTY: 711).

Help in Your Language

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

[illegible]

الوصول بالرقم

中文 (Chinese) 注意事項：如果您說中文，您可獲得免費語言協助服務，包括適當的輔助器材和服務。致電1-800-813-2000 (TTY: 711)。

فارسی (Farsi) یوچه: اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، «تسهلات زبانی»، از جمله کمک‌ها و خدمات پشتیبانی مناسب، به صورت رایگان در دسترس شماست. برای اطلاعات بیشتر، با ما تماس بگیرید. (711) تماس بی‌هزینه (تلفن TTY) 1-800-813-2000

Français (French) ATTENTION : si vous parlez français, des services d'assistance linguistique comprenant des aides et services auxiliaires appropriés, gratuits, sont à votre disposition. Appelez le 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen die Sprachassistent mit entsprechenden Hilfsmitteln und Dienstleistungen kostenfrei zur Verfügung. Rufen Sie **1-800-813-2000** an (TTY: 711).

日本語 (Japanese) 注意: 日本語を話す場合、適切な補助機器やサービスを含む言語支援サービスが無料で提供されます。
1-800-813-2000 までお電話ください (TTY: 711)。

ខ្មែរ (Khmer) យកតម្លៃទុកដាក់: បើអ្នកចង់បានការបកប្រែបន្ថែម សូមទូរស័ព្ទលេខ 1-800-813-2000 (TTY: 711)។

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 구사하실 경우, 필요한 보조 기기 및 서비스가 포함된 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다. 1-800-813-2000로 전화해 주세요 (TTY: 711).

[illegible]

Afaan Oromoo (Oromo) XIYEEFFANNOO: Yoo Afaan Oromo dubbattu ta'e, Tajajjila gargaarsa afaanii, gargaarsota dabalatan fi tajajjiloota barbaachisoo kaffaltii irraa bilisa ta'an, isiniif ni jira. **1-800-813-2000** irratti bilbilaa (TTY:- **711**)

ਪੰਜਾਬ (Punjab) ਫ਼ਾਈਲ ਨੰਬਰ: ੨੭੭੭-੨੭੭੭-੨੭੭੭ (ਟੀਐੱਫ਼ ੭੭੭੭-੭੭੭੭-੭੭੭੭)।

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
Phone: **1-800-368-1019**
TDD: **1-800-537-7697**

Complaint forms are available at www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

For Washington Members:

You can also file a complaint with the Washington State Office of the Insurance Commissioner, electronically through the Office of the Insurance Commissioner Complaint portal, available at

<https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, or by phone at 1-800-562-6900, or 360-586-0241 (TDD). Complaint forms are available at <https://fortress.wa.gov/oic/online/services/cc/pub/complaintinformation.aspx>.

This notice is available at <https://healthy.kaiserpermanente.org/oregon-washington/language-assistance/nondiscrimination-notice>

Nondiscrimination notice

Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (Kaiser Health Plan) complies with applicable federal and state civil rights laws and does not discriminate, exclude people or treat them differently on the basis of race, color, national origin (including limited English proficiency), age, disability, or sex (including sex characteristics, intersex traits; pregnancy or related conditions; sexual orientation; gender identity, and sex stereotypes).

Kaiser Health Plan:

- Provides people with disabilities reasonable modifications and free appropriate auxiliary aids and services to communicate effectively with us, such as:

- Qualified sign language interpreters
- Written information in other formats, such as large print, audio, braille, and accessible electronic formats
- Provides no cost language services to people whose primary language is not English, such as:

- Qualified interpreters

- Information written in other languages

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

If you believe that Kaiser Health Plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation, you can file a grievance with our Civil Rights Coordinator, by mail, phone, or fax. If you need help filing a grievance, our Civil Rights Coordinator is available to help you. You may contact our Civil Rights Coordinator at:

Member Relations Department
Attention: Kaiser Civil Rights Coordinator
500 NE Multnomah St., Suite 100
Portland, OR 97232-2099
Fax: **1-855-347-7239**

Esta página se dejó intencionalmente en blanco.



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

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

- El [deducible](#) total 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
[Pruebas 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	\$70	
Coseguro	\$1,600	
Lo que no está cubierto		
Límites o exclusiones	\$60	
El total que Peg pagaría es		\$1,980

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

- El [deducible](#) total 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)
[Pruebas de diagnóstico](#) (análisis de sangre)
[Medicamentos de venta con receta médica](#)
[Equipo médico duradero](#) (glucómetro)

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

Fractura simple de Mia
(visita a la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- El [deducible](#) total 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 sala de emergencias](#) (incluye suministros médicos)
[Pruebas 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	\$400	
Coseguro	\$100	
Lo que no está cubierto		
Límites o exclusiones	\$0	
El total que Mia pagaría es		\$750

El [plan](#) sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

Servicio de acceso a idiomas:

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

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

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

PENNSYLVANIA DUTCH (Deutsch): Fer Hilf griege in Deutsch, ruf 1-800-813-2000 (TTY: 711) uff

NAVAJO (Dine): Dine'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwilijigo holne' 1-800-813-2000 (TTY: 711)

SAMOAN (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-800-813-2000 (TTY: 711)

CAROLINIAN (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut ailllis reel kapasal Falawasch au fafaingí tilifon ye 1-800-813-2000 (TTY: 711)

CHAMORRO (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, álgang 1-800-813-2000 (TTY: 711)

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

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).		
● acupuntura (límite de 12 visitas por año)	● audífonos (1 audífono por oído, cada 36 meses)	● cuidado rutinario de los ojos (adultos)
● atención quiropráctica (se limita a 12 visitas por año)	● cirugía bariátrica	● tratamiento para la infertilidad

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarle si quiere mantener la cobertura después de que 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](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.CuidadoDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja formal o una apelación: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una [queja informal](#) contra su [plan](#) por negarle 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 un [reclamo](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con los organismos que aparecen en la siguiente tabla.

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

Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente	1-800-813-2000 (TTY: 711) o www.kp.org/memberservices
Administración de Seguridad de Beneficios del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos	1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform
Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros	1-877-267-2323 extensión 61565 o www.ccio.cms.gov
Departamento de Seguros de Oregón	1-888-877-4894 o https://dfr.oregon.gov/
Departamento de Seguros de Washington	1-800-562-6900 o www.insurance.wa.gov

?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, 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](#).

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor participante (Usted pagará lo mínimo)	Lo que usted pagará Proveedor no participante (Usted pagará el máximo)	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 deducible no se aplica	Sin cobertura	Se limita a 130 consultas por año. Se requiere autorización previa.
	Servicios de rehabilitación	Paciente ambulatorio: \$20 por consulta, el deducible no se aplica; paciente hospitalizado: coseguro del 20 %	Sin cobertura	Paciente ambulatorio: limitado a 20 visitas por año. Se requiere autorización previa. Paciente hospitalizado: se requiere autorización previa
	Servicios de rehabilitación	\$20 por consulta, el deducible no se aplica	Sin cobertura	Se limita a 20 visitas por año. Se requiere autorización previa.
	Atención de enfermería especializada	Coseguro del 20 %	Sin cobertura	Límite de 100 días por año. Se requiere autorización previa.
	Equipo médico	Sin costo, el deducible no se aplica	Sin cobertura	Sujeto a las pautas de la lista de medicamentos cubiertos . Se requiere autorización previa.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	Sin costo, el deducible no se aplica	Sin cobertura	Se requiere autorización previa.
	Examen de los ojos para niños	El examen de optometría no tiene costo, el deducible no se aplica	Sin cobertura	Ninguna
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
Si su hijo necesita la vista	Revisión dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:			
	Servicios que su Plan , por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).			
	● anteojos para niños ● atención dental (adultos y niños) ● atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.	● cirugía estética ● cuidado de los pies de rutina ● cuidados a largo plazo	● enfermería privada ● programas para perder peso	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor participante (Usted pagará lo mínimo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Coseguro del 20 %	Ninguna
	Transporte médico de emergencia	\$150 por viaje, el deducible no se aplica	Ninguna
	Atención de urgencia	\$20 por consulta, el deducible no se aplica	Los proveedores no participantes están cubiertos cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio: \$20 por consulta, el deducible no se aplica.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	Coseguro del 20 %	Se requiere autorización previa.
	Tarifa del médico/cirujano	Coseguro del 20 %	Se requiere autorización previa.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$20 por consulta, el deducible no se aplica	Ninguna
	Servicios para pacientes hospitalizados	Coseguro del 20 %	Se requiere autorización previa.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin costo, el deducible no se aplica	Se pueden aplicar copagos, coseguros o deducibles según el tipo de servicio. Los cuidados de maternidad podrían incluir los exámenes y servicios que se describen en otras partes del SBC (por ejemplo, ecografía).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Coseguro del 20 %	Ninguna
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	Coseguro del 20 %	Ninguna
		Sin cobertura	Ninguna

Circunstancia médica común	Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.				Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos recetados en www.kp.org/formulary . (haga clic en "Español").	
Servicios que podría necesitar	Medicamentos genéricos	\$10 (al por menor) y \$20 (pedido por correo) por medicamento, el deducible no se aplica	Medicamentos de marca preferidos	\$30 (al por menor) y \$60 (pedido por correo) por medicamento recetado, el deducible no se aplica	Medicamentos de marca no preferidos	Medicamentos de especialidad
Lo que usted pagará	Proveedor participante	(Usted pagará lo mínimo)	Proveedor no participante	(Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Medicamentos de marca preferidos	\$30 (al por menor) y \$60 (pedido por correo) por medicamento recetado, el deducible no se aplica	Medicamentos de marca no preferidos	\$30 (al por menor) y \$60 (pedido por correo) por medicamento recetado, el deducible no se aplica	Sin cobertura	Sin cobertura
	Medicamentos de especialidad	\$30 (al por menor) y \$60 (pedido por correo) por medicamento recetado, el deducible no se aplica	Medicamentos de especialidad	\$30 (al por menor) y \$60 (pedido por correo) por medicamento recetado, el deducible no se aplica	Sin cobertura	Sin cobertura
	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Coseguro del 20 %	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Coseguro del 20 %	Sin cobertura	Sin cobertura
	Tarifas del médico/cirujano	Coseguro del 20 %	Tarifas del médico/cirujano	Coseguro del 20 %	Sin cobertura	Sin cobertura
Se requiere autorización previa.		Se requiere autorización previa.		Se requiere autorización previa.		

Preguntas importantes	Respuestas
?Necesita un <u>referido</u> para ver a un <u>especialista</u>?	Sí, pero puede autorreferirse a ciertos <u>especialistas</u> . Este <u>plan</u> pagará algunos o todos los costos por acudir con un <u>especialista</u> para recibir servicios cubiertos, pero solo si tiene un <u>referido</u> antes acudir con dicho <u>especialista</u> .



Todos los copagos y el coseguro que se muestran en esta tabla se aplican después de alcanzar su deducible, si se aplica un deducible.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor participante (Usted pagará lo mínimo)	Lo que usted pagará Proveedor no participante (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si acude a la oficina o clínica de un <u>proveedor</u> de salud	Consulta con un <u>especialista</u>	\$30 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica	Sin cobertura	Ninguna
	Consulta con un médico de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$20 por consulta, el <u>deducible</u> no se aplica	Sin cobertura	Ninguna
	<u>Atención preventiva/evaluación</u> /vacunas	Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica	Sin cobertura	Es posible que tenga que pagar por los servicios que no son <u>preventivos</u> . Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son <u>preventivos</u> . Luego, consulte lo que su <u>plan</u> pagará.
	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	Radiografías: \$10 por consulta, el <u>deducible</u> no se aplica Pruebas de laboratorio: \$10 por consulta, el <u>deducible</u> no se aplica	Sin cobertura	Ninguna
Si se realiza un examen	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada [TC], tomografía por emisión de positrones [TEP], imágenes por resonancia magnética [MRI])	\$50 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica	Sin cobertura	Para algunos servicios, se requiere autorización previa.

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

 El Resumen de beneficios y cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) le ayudará a escoger un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirán 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/plandocuments> (haga clic en "Español") o llame al 1-800-813-2000 (TTY: 711). Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad](#) aprobada, facturación de saldo, [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en www.healthcare.gov/es/sbc-glossary/ o llamar al 1-800-813-2000 (TTY: 711) para solicitar 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 del 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 la cantidad total de gastos de deducible que pagan todos los miembros alcance el deducible total 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 https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No debe pagar deducibles por servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	\$3,000 por individuo/\$6,000 por familia.	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en el plan , cada uno debe alcanzar su propio límite de gastos de bolsillo hasta alcanzar el límite de gastos de bolsillo general de la familia.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Las 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 .
¿Pagará menos si acude a un proveedor de la red?	Si. Consulte kp.org/espanol o llame al 1-800-813-2000 (TTY: 711) para obtener una lista de proveedores participantes . Este plan utiliza una red de proveedores . Pagará menos si usa un proveedor que esté incluido en la red del plan . Pagará más si acude con 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 de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.	