



SAN DIEGO UNITE-HERE TRUST FUNDS

June 2017

To: Participants of the San Diego UNITE-HERE Health Fund

From: Board of Trustees, San Diego UNITE-HERE Health Fund

Re: Dependent Open Enrollment

Dear Participants,

It is that time of year during which you may enroll any eligible dependents (with proof of dependency) into the San Diego UNITE HERE Health Fund (the "Fund"). The Fund provides for an annual Dependent Open Enrollment.

If you have an eligible dependent (such as a spouse or a child) that is not covered by the San Diego UNITE-HERE Health Fund, then you will be able to enroll that eligible dependent in June 2017. The coverage for your eligible dependent(s) will begin August 1, 2017 provided that you have submitted all the required documentation to the Trust Fund Office and you have paid any additional self-payments required for such coverage.

Please use the enclosed Dependent Add Form, which you must complete and return to the Trust Fund Office (with the required documents) to add your eligible Dependents. Enclosed are copies of the Plan's Summaries of Benefits and Coverage. These summaries provide a comparison of the different medical benefits available to you and your eligible Dependents.



SAN DIEGO UNITE-HERE TRUST FUNDS

June 2017

Para: Participantes de UNITE-HERE Health Fund

De: Board of Trustees, San Diego UNITE-HERE Health Fund

Re: Inscripción abierta para dependientes

Estimado Participante,

Es esa época del año en que puede inscribir a cualquier dependiente elegible (con prueba de dependencia) en el plan de San Diego UNITE-HERE Health Fund. El fondo provee un periodo de inscripción abierta una vez por año.

Si usted tiene un dependiente (conyugue o hijo) que no está cubierto bajo San Diego UNITE-HERE Health Fund, entonces usted tendrá la oportunidad de inscribirlos este Junio 2017. La cobertura para sus dependiente(s) comenzará el 1ro de Agosto del 2017, siempre que se hayan presentado todos los documentos requeridos por la oficina del fondo y usted haya pagado cualquier pago adicional requerido para dicha cobertura.

Por favor utilice la forma adjunto, Formulario de Inscripción Para Dependientes, que se debe completar y devolver a la Oficina del Fondo Fiduciario (con los documentos requeridos) para agregar dependientes elegibles. Adjunto encontrara copias de los resúmenes del plan de beneficios y la cobertura. Estos resúmenes proporcionan una comparación de los diferentes beneficios médicos disponibles para usted y sus dependientes elegibles.



SAN DIEGO UNITE-HERE TRUST FUNDS

DEPENDENT ADD FORM

CHECK ALL THAT APPLY: ☐ Adding Dependents

EMPLOYEE'S FULL NAME: _____ SSN: _____

ADDRESS: _____ CITY: _____

STATE: _____ ZIP: _____ DATE OF BIRTH: _____

PHONE NUMBER: (_____) _____ GENDER: (Check One) Male _____ Female _____

NOTE: IF YOU, YOUR SPOUSE OR ANY OF YOUR DEPENDENTS ARE ON MEDICARE, PLEASE INCLUDE A COPY OF YOUR MEDICARE CARD.

DEPENDENTS - (Including Spouse)

YOU MUST ATTACH LEGAL DOCUMENTATION THAT APPLIES TO ADD YOUR DEPENDENTS:

Birth Certificate(s) for children, Marriage Certificate for spouse, Legal Adoption papers, Legal Guardianship papers

FULL NAME	RELATIONSHIP	DATE OF BIRTH	SOCIAL SECURITY NUMBER
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

I agree to notify the Trust Fund Office within 30 days of any changes to the above information. Further, I declare all the above information to be complete and correct. I understand that stating false or misleading information or the omission of material information could be grounds for denial of benefits.

PLEASE NOTE: Members currently enrolled under the Blue Basic Plan are not eligible to add dependents. Contact the Trust Fund office if you have any questions at 619-849-1060.

MEMBER SIGNATURE _____

DATE: _____

3737 Camino Del Rio So., Suite 300, San Diego, CA 92108

Phone 619-849-1060 • Fax 619-632-5682

www.unitehere30benefits.org • staff@unitehere30benefits.org



SAN DIEGO UNITE-HERE TRUST FUNDS

FORMULARIO DE INSCRIPCION PARA DEPENDIENTES

MARQUE TODO LOS QUE APPLIQUE: ☐ Agregar dependientes

NOMBRE COMPLETO DEL EMPLEADO: _____ NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

DIRECCION: _____ CIUDAD: _____

ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

NUMERO TELEFONICO: (_____) _____ Género: (Marque Uno) Masculino _____ Femenino _____

NOTA: SI USTED, SU CONYUGE O ALGUNO DE SUS DEPENDIENTES ESTAN EN MEDICARE POR FAVOR INCLUYA UNA COPIA DE SU TARJETA DE MEDICARE.

DEPENDIENTES - (Incluyendo Conyugue)

USTED DEBE INCLUIR DOCUMENTACION LEGAL QUE APLICA PARA AGREGAR A SUS DEPENDIENTES

Certificado de Nacimiento para niños, Certificado de Matrimonio para conyugue, Documentos de adopción, Documentos de tutela legal.

NOMBRE COMPLETO	RELACION	FECHA DE NACIMIENTO	NUMERO DE SEGURO SOCIAL
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Estoy de acuerdo en notificar a la oficina del fondo fiduciario dentro de un plazo de 30 días a partir de cualquier cambio que se produzca en la mencionada información. además, declaro que toda la información anterior a ser completa y correcta, que entiendo que indica información falsa o engañosa o la omisión de información material podrían ser motivo de denegación de beneficios.

NOTA IMPORTANTE: Miembros que actualmente están inscritos bajo el Plan Blue Basic no son elegibles para agregar dependientes. Si tiene preguntas por favor contacte a la Oficina Administrativa al 619-849-1060.

FIRMA _____

FECHA: _____



SAN DIEGO UNITE-HERE TRUST FUNDS

Beneficiary Designation Form

DEATH, ACCIDENTAL DEATH AND DISMEMBERMENT BENEFITS

I, _____, Social Security Number _____

(Print Name)

Do hereby designate the following named persons as my beneficiary or beneficiaries to receive any monies payable by the San Diego UNITE-HERE Health and Welfare Trust Fund ("Trust") in the event of my death. (If additional space is needed, please use second sheet)

Beneficiary Name:	Date of Birth:
SSN:	Relationship:
Address:	Phone:
Percentage of Benefit to be Received <i>(see examples below*)</i> :	
Beneficiary Name:	Date of Birth:
SSN:	Relationship:
Address:	Phone:
Percentage of Benefit to be Received:	
Beneficiary Name:	Date of Birth:
SSN:	Relationship:
Address:	Phone:
Percentage of Benefit to be Received:	
Secondary Beneficiary Name <i>(see explanation below*)</i> :	
Date of Birth:	
SSN:	Relationship:
Address:	Phone:

Custodial Designation:

If my above named beneficiary is a minor, I hereby designate (print full name) _____ to act as Custodian to receive such benefits on behalf of such child (or children). I understand that I may change this Custodial Designation at any time. I also understand that if I fail to name a Custodian, then the natural parent(s) of the minor will automatically be designated as Custodian. I also understand that if the amount of the benefit is more than \$10,000, and I fail to name a Custodian, the benefit cannot be paid until a Custodian is appointed by the Superior Court.

Custodian Name: _____ Date of Birth: _____

SSN: _____ Relationship: _____

Address: _____ Phone: _____

*If you designate more than one Beneficiary, benefits will be paid to them in equal shares, unless you fill in a different percentage to be received where indicated on this form. For example, if you name two beneficiaries you may state that one will receive 75% and the other 25%. Benefits will be paid to the person you list as a Secondary Beneficiary only in the event your designated Beneficiaries have died. If you fail to designate a Beneficiary or if all of your designated Beneficiaries have died, the benefits will be paid in accordance with Trust rules.

Member's Signature: _____ Date: _____



SAN DIEGO UNITE-HERE TRUST FUNDS

FORMA DE BENEFICIARIO

BENEFICIOS DE MUERTE, MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO

Yo, _____, Numero de Seguro Social _____
(Imprima Nombre)

Queda designadas las siguientes personas como beneficiario o beneficiarios a recibir el dinero pagado por el san diego UNITE-HERE salud y bienestar fondo fiduciario; en caso de mi muerte.

(Si necesita espacio adicional favor de usar una hoja)

Nombre de Beneficiado:	Fecha de Nacimiento:
Número de Seguro Social:	Relación:
Dirección:	Numero de Teléfono:
Porcentaje de beneficio (<i>Ejemplo abajo*</i>):	
Nombre de Beneficiado:	Fecha de Nacimiento:
Número de Seguro Social:	Relación :
Dirección:	Numero de teléfono:
Porcentaje de beneficio:	
Nombre de Beneficiado:	Fecha de Nacimiento Date:
Número de Seguro Social:	Relación:
Dirección:	Numero de teléfono:
Porcentaje de beneficio:	
Beneficiado Secundario (<i>*explicación a continuación *</i>):	
Fecha de Nacimiento :	
Número de Seguro Social:	Relación:
Dirección:	Numero de Teléfono:

Designación de Custodia:

Si mi beneficiario es un menor, aquí designo (escriba nombre completo)

_____ Para que actúe como custodio para recibir esas prestaciones, en nombre de ese niño o(los niños); entiendo que puedo cambiar esta custodia designación en cualquier momento. también entiendo que, si no nombro un custodio, luego el padre natural del menor será designado automáticamente como custodio. También entiendo que, si la cuantía de la prestación es más de; 10.000, y no nombro un custodio, el beneficio no puede ser pagado hasta que un custodio sea nombrado por la corte superior.

Powered By Babylon

Nombre de Custodio: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Número de Seguro Social: _____ **Relación:** _____

Dirección: _____ **Número de teléfono:** _____

* Si se tiene la intención de designar más de un beneficiario, los beneficios se pagarán a ellos en partes iguales, a menos que se llene en un porcentaje diferente de ser recibida, donde se indica en este formulario., Si nombra a dos beneficiarios usted podrá decir que uno recibirá 75% y el otro 25%. Las prestaciones se pagarán a la persona que indique como beneficiario secundario sólo en el caso de que los beneficiarios designados hayan muerto. Si no designe a un beneficiario o si todos los beneficiarios designados han muerto, los beneficios se pagan de conformidad con normas.

Firma de Miembro: _____ **Fecha:** _____

SD UNITE-HERE FUND-BLUE SELECT PLAN

Coverage Period: 01/01/2017 – 12/31/2017

Summary of Benefits and Coverage: What this Plan Covers & What it Costs Coverage for: Employees & Dependents | Plan Type: PPO



This is only a summary. If you want more detail about your coverage and costs, you can get the complete terms in the policy or plan document by calling 1-619-849-1060.

Important Questions	Answers	Why this Matters:
What is the overall deductible ?	\$100 person/ \$300 family Doesn't apply to preventive care services, prescription drug benefits and other medical care services requiring a copayment.	You must pay all the costs up to the deductible amount before this plan begins to pay for covered services you use. Check your policy or plan document to see when the deductible starts over (usually, but not always, January 1st). See the chart starting on page 2 for how much you pay for covered services after you meet the deductible .
Are there other deductibles for specific services?	Yes. \$50 per person for home health care.	You must pay all of the costs for these services up to the specific deductible amount before this plan begins to pay for these services.
Is there an out-of-pocket limit on my expenses?	Yes. For PPO \$6,350 per person; \$12,700 per family. For non-participating providers there are no out of pocket limits.	The out-of-pocket limit is the most you could pay during a coverage period (usually one year) for your share of the cost of covered services. This limit helps you plan for health care expenses.
What is not included in the out-of-pocket limit ?	Premiums, balance-billed charges, and health care this plan doesn't cover.	Even though you pay these expenses, they don't count toward the out-of-pocket limit .
Does this plan use a network of providers ?	Yes. See www.anthem.com/ca or call 1-800-759-3030 for a list of participating providers.	If you use an in-network doctor or other health care provider , this plan will pay some or all of the costs of covered services. Be aware, your in-network doctor or hospital may use an out-of-network provider for some services. Plans use the term in-network, preferred , or participating for providers in their network . See the chart starting on page 2 for how this plan pays different kinds of providers .
Do I need a referral to see a specialist ?	No. You don't need a referral to see a specialist.	You can see the specialist you choose without permission from this plan.
Are there services this plan doesn't cover?	Yes.	Some of the services this plan doesn't cover are listed on page 4. See your policy or plan document for additional information about excluded services .

OMB Control Numbers 1545-2229,
1210-0147, and 0938-1146

Questions: Call 1-619-849-1060.

If you aren't clear about any of the bolded terms used in this form, see the Glossary. You can view the Glossary at www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf or call 1-619-849-1060 to request a copy.

SD UNITE-HERE FUND-BLUE SELECT PLAN

Coverage Period: 01/01/2017 – 12/31/2017

Summary of Benefits and Coverage: What this Plan Covers & What it Costs Coverage for: Employees & Dependents | Plan Type: PPO



- **Co-payments** are fixed dollar amounts (for example, \$15) you pay for covered health care, usually when you receive the service.
- **Co-insurance** is *your* share of the costs of a covered service, calculated as a percent of the **allowed amount** for the service. For example, if the plan's **allowed amount** for an overnight hospital stay is \$1,000, your **co-insurance** payment of 20% would be \$200. This may change if you haven't met your **deductible**.
- The amount the plan pays for covered services is based on the **allowed amount**. If an out-of-network **provider** charges more than the **allowed amount**, you may have to pay the difference. For example, if an out-of-network hospital charges \$1,500 for an overnight stay and the **allowed amount** is \$1,000, you may have to pay the \$500 difference. (This is called **balance billing**.)
- This plan may encourage you to use participating **providers** by charging you lower **deductibles**, **co-payments** and **co-insurance** amounts.

Common Medical Event	Services You May Need	Your cost if you use a		Limitations & Exceptions
		Participating Provider	Non-Participating Provider	
If you visit a health care provider's office or clinic	Primary care visit to treat an injury or illness	\$20 copay/visit; deductible waived	50% coinsurance	_____none_____
	Specialist visit	\$20 copay/visit; deductible waived	50% coinsurance	_____none_____
	Other practitioner office visit	\$20 copay/visit/ for chiropractor; deductible waived	50% coinsurance for chiropractor and acupuncture	There is a \$750/40 visit annual limit for acupuncture services.
	Preventive care/screening/immunization	No charge; deductible waived	50% coinsurance	For non PPO provider plan pays up to \$135 per exam
If you have a test	Diagnostic test (x-ray, blood work)	10% coinsurance; \$0 for preventive tests	50% coinsurance	_____none_____
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	10% coinsurance; \$0 for preventive imaging	50% coinsurance	_____none_____

Questions: Call 1-619-849-1060.

If you aren't clear about any of the bolded terms used in this form, see the Glossary. You can view the Glossary at www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf or call 1-619-849-1060 to request a copy.

SD UNITE-HERE FUND-BLUE SELECT PLAN

Coverage Period: 01/01/2017 – 12/31/2017

Summary of Benefits and Coverage: What this Plan Covers & What it Costs Coverage for: Employees & Dependents | Plan Type: PPO

Common Medical Event	Services You May Need	Your cost if you use a		Limitations & Exceptions
		Participating Provider	Non-Participating Provider	
If you need drugs to treat your illness or condition More information about prescription drug coverage is available at: http://unitehere30benefits.org	Generic drugs	\$10 copay retail or mail order; deductible waived	Not covered	Covers up to a 30-day supply (retail prescription); 31-90 day supply (mail order prescription)
	Preferred brand drugs	20% coinsurance minimum of \$15 retail or mail order; deductible waived	Not covered	Covers up to a 30-day supply (retail prescription); 31-90 day supply (mail order prescription)
	Specialty drugs	20% coinsurance minimum of \$15 retail or mail order; deductible waived	Not covered	Covers up to a 30-day supply (retail prescription); 31-90 day supply (mail order prescription)
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	10% coinsurance	50% coinsurance	_____none_____
	Physician/surgeon fees	10% coinsurance	50% coinsurance	_____none_____
If you need immediate medical attention	Emergency room services	10% coinsurance Effective 12/1/2015: \$100 copayment if medically necessary. Copayment waived if admitted.	10% coinsurance Effective 12/1/2015: \$100 copayment if medically necessary. Copayment waived if admitted.	Effective 12/1/2015: \$250 copayment plus 10% of charges in excess of \$250 will apply if a PPO emergency room is used for a medical condition not considered a true emergency treatment could have been provided by an Urgent Care or Retail Store Clinic. For non-PPO providers 50% if not for emergency care
	Emergency medical transportation	20% coinsurance	20% coinsurance	For non-PPO 50% if not for emergency care

Questions: Call 1-619-849-1060.

If you aren't clear about any of the bolded terms used in this form, see the Glossary. You can view the Glossary at www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf or call 1-619-849-1060 to request a copy.

SD UNITE-HERE FUND-BLUE SELECT PLAN

Coverage Period: 01/01/2017 – 12/31/2017

Summary of Benefits and Coverage: What this Plan Covers & What it Costs Coverage for: Employees & Dependents | Plan Type: PPO

Common Medical Event	Services You May Need	Your cost if you use a		Limitations & Exceptions
		Participating Provider	Non-Participating Provider	
	Urgent care	Urgent Care Center \$20 copay/visit; deductible waived Effective 12/1/2015: Retail Store Clinic (CVS) - \$10 copay/visit; deductible waived.	50% coinsurance	_____none_____
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	\$500 hospitalization copay for authorized stays; deductible waived	Plan Pays: Room and Board:\$135 per day for Employee; \$100 per day for Dependents. Intensive Care-\$405 per day for Employees and \$300 per day for Dependents. Ancillary charges: 50% coinsurance	Hospital stays must be preauthorize or there will be a \$1,000 penalty for not obtaining a preauthorization.
	Physician/surgeon fee	10% coinsurance	50% coinsurance	_____none_____

Questions: Call 1-619-849-1060.

If you aren't clear about any of the bolded terms used in this form, see the Glossary. You can view the Glossary at www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf or call 1-619-849-1060 to request a copy.

SD UNITE-HERE FUND-BLUE SELECT PLAN

Coverage Period: 01/01/2017 – 12/31/2017

Summary of Benefits and Coverage: What this Plan Covers & What it Costs Coverage for: Employees & Dependents | Plan Type: PPO

Common Medical Event	Services You May Need	Your cost if you use a		Limitations & Exceptions
		Participating Provider	Non-Participating Provider	
If you have mental health, behavioral health, or substance abuse needs	Mental/Behavioral health outpatient services	10% coinsurance	50% coinsurance	_____none_____
	Mental/Behavioral health inpatient services	\$500 hospitalization copay for authorized stays; deductible waived.	Plan Pays: Room and Board:\$135 per day for Employee; \$100 per day for Dependents. Intensive Care-\$405 per day for Employees and \$300 per day for Dependents. Ancillary charges: 50% coinsurance	_____none_____
	Substance use disorder outpatient services	10% coinsurance	50% coinsurance	_____none_____
	Substance use disorder inpatient services	\$500 hospitalization copay for authorized stays; deductible waived.	50% coinsurance	_____none_____
If you are pregnant	Prenatal and postnatal care	10% coinsurance (\$0 for preventive services)	50% coinsurance	_____none_____
	Delivery and all inpatient services	\$500 copay per hospital stay; deductible waived.	50% coinsurance	_____none_____

Questions: Call 1-619-849-1060.

If you aren't clear about any of the bolded terms used in this form, see the Glossary. You can view the Glossary at www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf or call 1-619-849-1060 to request a copy.

SD UNITE-HERE FUND-BLUE SELECT PLAN

Coverage Period: 01/01/2017 – 12/31/2017

Summary of Benefits and Coverage: What this Plan Covers & What it Costs Coverage for: Employees & Dependents | Plan Type: PPO

Common Medical Event	Services You May Need	Your cost if you use a		Limitations & Exceptions
		Participating Provider	Non-Participating Provider	
If you need help recovering or have other special health needs	Home health care	10% co-insurance	20% co-insurance	Separate \$50 deductible per person
	Rehabilitation services	\$20 copay/visit; deductible waived.	50% coinsurance	_____none_____
	Habilitation services	\$20 copay/visit; deductible waived.	50% coinsurance	_____none_____
	Skilled nursing care	\$500 hospitalization copay for authorized stays; deductible waived.	Plan Pays: Room and Board:\$135 per day for Employee; \$100 per day for Dependents. Intensive Care-\$405 per day for Employees and \$300 per day for Dependents. Ancillary charges: 50% coinsurance	Maximum of 60 days per disability
	Durable medical equipment	10% coinsurance	50% coinsurance	_____none_____
	Hospice service	10% coinsurance	50% coinsurance	_____none_____
If your child needs dental or eye care	Eye exam	\$ 0	\$5, plan pays up to \$45.	Limited to one exam every 12 months.
	Glasses	\$15 copay, plan pays up to \$120.	\$15 copay, plan pays up \$45.	Limited to one set of glasses every 24 months.
	Dental check-up	\$0	\$0, provided \$50 deductible is met.	Plan plays 100% up to the schedule limit for preventive services.

Excluded Services & Other Covered Services:

Services Your Plan Does NOT Cover (This isn't a complete list. Check your policy or plan document for other **excluded services**.)

- Cosmetic surgery
- Dental care (Adult)
- Infertility treatment
- Long-term care
- Non-emergency care when traveling outside the U.S.
- Private-duty nursing
- Routine eye care (Adult)
- Routine foot care

Questions: Call 1-619-849-1060.

If you aren't clear about any of the bolded terms used in this form, see the Glossary. You can view the Glossary at www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf or call 1-619-849-1060 to request a copy.

Other Covered Services (This isn't a complete list. Check your policy or plan document for other covered services and your costs for these services.)

- Acupuncture (if prescribed for rehabilitation purposes)
- Bariatric surgery
- Chiropractic care
- Hearing aids
- Weight loss programs

Your Rights to Continue Coverage:

If you lose coverage under the plan, then, depending upon the circumstances, Federal and State laws may provide protections that allow you to keep health coverage. Any such rights may be limited in duration and will require you to pay a **premium**, which may be significantly higher than the premium you pay while covered under the plan. Other limitations on your rights to continue coverage may also apply.

For more information on your rights to continue coverage, contact the plan at 1-619-849-1060. You may also contact your state insurance department, the U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-3272 or www.dol.gov/ebsa, or the U.S. Department of Health and Human Services at 1-877-267-2323, x61565 or www.cciio.cms.gov.

Your Grievance and Appeals Rights: If you have a complaint or are dissatisfied with a denial of coverage for claims under your plan, you may be able to **appeal** or file a **grievance**. For questions about your rights, this notice, or assistance, you can contact: San Diego UNITE HERE Fund, 3737 Camino Del Rio South, Ste. #300 San Diego, CA 92108 or call 1-619-849-1060. You may contact the Department of Labor's Employees Benefit Security Administration at 1-866-444-EBSA(3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform. Para obtener asistencia en Español, llame al 1-619-849-1060.

Does this Coverage Provide Minimum Essential Coverage?

The Affordable Care Act requires most people to have health care coverage that qualifies as "minimum essential coverage." **This plan or policy does provide minimum essential coverage.**

Does this Coverage Meet the Minimum Value Standard?

The Affordable Care Act establishes a minimum value standard of benefits of a health plan. The minimum value standard is 60% (actuarial value). **This health coverage does meet the minimum value standard for the benefits it provides.**

Language Access Services:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-619-849-1060.

To see examples of how this plan might cover costs for a sample medical situation, see the next page.

Questions: Call 1-619-849-1060.

If you aren't clear about any of the bolded terms used in this form, see the Glossary. You can view the Glossary at www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf or call 1-619-849-1060 to request a copy.

About these Coverage Examples:

These examples show how this plan might cover medical care in given situations. Use these examples to see, in general, how much financial protection a sample patient might get if they are covered under different plans.



This is not a cost estimator.

Don't use these examples to estimate your actual costs under this plan. The actual care you receive will be different from these examples, and the cost of that care will also be different.

See the next page for important information about these examples.

Having a baby (normal delivery)

- **Amount owed to providers:** \$7,540
- **Plan pays** \$6,560
- **Patient pays** \$980

Sample care costs:

Hospital charges (mother)	\$2,700
Routine obstetric care	\$2,100
Hospital charges (baby)	\$900
Anesthesia	\$900
Laboratory tests	\$500
Prescriptions	\$200
Radiology	\$200
Vaccines, other preventive	\$40
Total	\$7,540

Patient pays:

Deductibles	\$100
Co-pays	\$520
Co-insurance	\$360
Limits or exclusions	\$0
Total	\$980

Managing type 2 diabetes (routine maintenance of a well-controlled condition)

- **Amount owed to providers:** \$5,400
- **Plan pays** \$4,410
- **Patient pays** \$990

Sample care costs:

Prescriptions	\$2,900
Medical Equipment and Supplies	\$1,300
Office Visits and Procedures	\$700
Education	\$300
Laboratory tests	\$100
Vaccines, other preventive	\$100
Total	\$5,400

Patient pays:

Deductibles	\$100
Co-pays	\$690
Co-insurance	\$0
Limits or exclusions	\$200
Total	\$990

Questions: Call 1-619-849-1060.

If you aren't clear about any of the bolded terms used in this form, see the Glossary. You can view the Glossary at www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf or call 1-619-849-1060 to request a copy.

Questions and answers about the Coverage Examples:

What are some of the assumptions behind the Coverage Examples?

- Costs don't include **premiums**.
- Sample care costs are based on national averages supplied by the U.S. Department of Health and Human Services, and aren't specific to a particular geographic area or health plan.
- The patient's condition was not an excluded or preexisting condition.
- All services and treatments started and ended in the same coverage period.
- There are no other medical expenses for any member covered under this plan.
- Out-of-pocket expenses are based only on treating the condition in the example.
- The patient received all care from in-network **providers**. If the patient had received care from out-of-network **providers**, costs would have been higher.

What does a Coverage Example show?

For each treatment situation, the Coverage Example helps you see how **deductibles**, **co-payments**, and **co-insurance** can add up. It also helps you see what expenses might be left up to you to pay because the service or treatment isn't covered or payment is limited.

Does the Coverage Example predict my own care needs?

- ✗ **No.** Treatments shown are just examples. The care you would receive for this condition could be different based on your doctor's advice, your age, how serious your condition is, and many other factors.

Does the Coverage Example predict my future expenses?

- ✗ **No.** Coverage Examples are **not** cost estimators. You can't use the examples to estimate costs for an actual condition. They are for comparative purposes only. Your own costs will be different depending on the care you receive, the prices your **providers** charge, and the reimbursement your health plan allows.

Can I use Coverage Examples to compare plans?

- ✓ **Yes.** When you look at the Summary of Benefits and Coverage for other plans, you'll find the same Coverage Examples. When you compare plans, check the "Patient Pays" box in each example. The smaller that number, the more coverage the plan provides.

Are there other costs I should consider when comparing plans?

- ✓ **Yes.** An important cost is the **premium** you pay. Generally, the lower your **premium**, the more you'll pay in out-of-pocket costs, such as **co-payments**, **deductibles**, and **co-insurance**. You should also consider contributions to accounts such as health savings accounts (HSAs), flexible spending arrangements (FSAs) or health reimbursement accounts (HRAs) that help you pay out-of-pocket expenses.

Questions: Call 1-619-849-1060.

If you aren't clear about any of the bolded terms used in this form, see the Glossary. You can view the Glossary at www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf or call 1-619-849-1060 to request a copy.



Este es solo un resumen. Si usted desea más detalles sobre su cobertura y el costo, puede obtener los términos completos de la póliza o del documento del Plan llamando al 1-619-849-1060.

Preguntas importantes	Respuestas	La razón por la que esto importa:
¿En general, cuánto es el deducible ?	\$100 persona/ \$300 familia No aplica a atención preventiva, medicamentos con receta, y otros servicios que requieran copagos.	Usted debe pagar todos los gastos hasta que cumpla con la cantidad del deducible antes de que este plan comience a pagar los servicios cubiertos que utilice. Revise su póliza o el documento del plan para ver cuando comienza el deducible (usualmente, pero no siempre, el 1 de enero). En la tabla que empieza en la página 2 verá cuánto paga usted por los servicios cubiertos después de cumplir con el deducible .
¿Existen algunos otros deducibles para servicios específicos?	Sí. \$50 por persona por atención médica en casa	Usted debe pagar todos los gastos hasta que cumpla con la cantidad del deducible antes de que este plan comience a pagar por estos servicios.
¿Hay algún límite de desembolso sobre mis gastos?	Sí. PPO \$6,350 por persona. \$12,700 por familia. Para proveedores no participantes no hay límite de desembolso.	El límite de desembolso es lo más que podría pagar durante un periodo de cobertura (usualmente es un año) por la porción del gasto que le toca de los servicios cubiertos. Este límite le ayuda a planear sus gastos médicos.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de desembolso ?	Primas, saldo de facturas cobradas, y la atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan hacia su límite de desembolso .
¿En general, hay algún límite anual sobre el cual pague el plan?	No, por beneficios médicos esenciales	La tabla que empieza en la página 2 describe cualesquier límites sobre los cuales paga el plan por servicios cubiertos <i>específicos</i> , tales como citas en el consultorio.
¿Utiliza este plan alguna red de proveedores ?	Sí. Visite www.anthem.com/ca o lláme al 1-800-759-3030 para obtener una lista de proveedores participantes.	Si usted consulta a un doctor de la red o a algún otro proveedor médico, este plan pagará algunos o hasta todos los cobros de los servicios cubiertos. Tenga presente que su doctor de la red u hospital puede utilizar algunos servicios de proveedores fuera de la red. Los planes usan el término en la red, preferencial , o participante para los proveedores dentro de su red . En la tabla que comienza en la página 2 podrá ver como este plan le paga a diferentes tipos de proveedores .
¿Necesito tener una derivación para consultar a un especialista ?	No. No necesita ninguna derivación para ver a un especialista.	Usted puede consultar al especialista que usted elija sin necesitar permiso del plan.
¿Existen servicios no cubiertos por este plan?	Sí.	Algunos de los servicios que este plan no cubre están anotados en la página 4. Revise su póliza o documento del plan para más información sobre los servicios excluidos .

Preguntas: Llame al 1-619-849-1060.

Si no está seguro sobre el significado de los términos usados en letras o negritas de este formulario, vea el glosario. Puede ver el glosario en www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf o llame al 1-619-849-1060 para solicitar una copia.



- **Copagos** son cantidades de dinero fijas (por ejemplo, \$15) que usted paga por atención médica cubierto, usualmente cuando recibe el servicio.
- **Coaseguro** es la porción que a *usted* le toca del servicio cubierto, calculado como un porcentaje de la **cantidad permisible** por el servicio. Por ejemplo, si la cantidad permisible por estancia de una noche en el hospital es de \$1,000, su pago de **coaseguro** del 20% sería de \$200. Esto puede cambiar si no ha cumplido con su **deducible**.
- La cantidad que el plan paga por servicios cubiertos esta basada en la **cantidad permisible**. Si un proveedor fuera de la red cobra más de la **cantidad permisible**, puede ser que usted tenga que pagar la diferencia. Por ejemplo, si un hospital fuera de la red cobra \$1,500 por un estancia de una noche y la **cantidad permisible** es de \$1,000 puede ser que usted tenga que pagar la diferencia. (A esto se le llama **facturar el saldo**.)
- Este plan recomienda que use **proveedores** participantes y así la cantidad del **deducible**, **copago** y **coaseguro** que se cobra es menor.

Situación médica común	Servicios que puede necesitar	Lo que le cuesta si consulta a un		Limitaciones y excepciones
		Proveedor participante	Proveedor no participante	
Si consulta a un proveedor médico en su consultorio o clínica	Consultar a su doctor de cabecera para tratar una lesión o enfermedad	\$20 copago / consulta No se cobra el deducible	50% de coaseguro	Ninguna
	Consultar a un especialista	\$20 copago / consulta No se cobra el deducible	50% de coaseguro	Ninguna
	Consultar a algún otro practicante	\$20 copago / consulta por quiropráctico; No se cobra el deducible	50% de coaseguro por quiropráctico y acupuntura	Hay un límite máximo anual de \$750/40 consultas para servicios de acupuntura.
	Atención preventiva/análisis/inmunización	Ningún cobro; No se cobra el deducible	50% de coaseguro	Si no se utiliza proveedores de PPO el plan paga hasta \$135 por examen
Si se hace un examen	Examen diagnóstico (rayos x, análisis de sangre)	10% de coaseguro; \$0 por exámenes preventivos	50% de coaseguro	Ninguna
	Toma de imágenes (CT/PET scans, MRIs) resonancia magnética	10% de coaseguro; \$0 por toma de imágenes preventivas	50% de coaseguro	Ninguna

Preguntas: Llame al 1-619-849-1060.

Si no esta seguro sobre el significado de los términos usados en letras o negritas de este formulario, vea el glosario. Puede ver el glosario en www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf o llame al 1-619-849-1060 para solicitar una copia.

SD UNITE-HERE FUND-PLAN BLUE SELECT

Periodo de cobertura: 01/01/2017 – 12/31/2017

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que este Plan cubre y el costo Cobertura para: Empleados y dependientes | Tipo de Plan: PPO

Situación médica común	Servicios que puede necesitar	Lo que le cuesta si consulta a un		Limitaciones y excepciones
		Proveedor participante	Proveedor no participante	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición Más información sobre cobertura de medicinas recetadas esta disponible en http://www.unitehere30benefits.org	Medicinas genéricas	\$10 de copago por menudeo u orden por correo No se cobra el deducible	No cubre	Cubre hasta un suministro de 30 días (receta a menudeo); suministro de 31-90 días (receta ordenada por correo)
	Medicinas de marca preferida	20% mínimo de coaseguro de \$15 de copago por menudeo u orden por correo No se cobra el deducible	No cubre	Cubre hasta un suministro de 30 días (receta a menudeo); suministro de 31-90 días (receta ordenada por correo)
	Medicinas especiales	20% mínimo de coaseguro de \$15 de copago por menudeo u orden por correo No se cobra el deducible	No cubre	Cubre hasta un suministro de 30 días (receta a menudeo); suministro de 31-90 días (receta ordenada por correo)
Si usted tiene una cirugía ambulatoria	Honorario de la clínica (es decir, centro de cirugía ambulatoria)	10% de coaseguro	50% de coaseguro	Ninguna
	Honorario de médico/cirujano	10% de coaseguro	50% de coaseguro	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	Servicio de sala de emergencia	Antes de 12/01/2015 10% de coaseguro Después de 12/01/2015 \$100 copago si es medicamento necesario. Copago no cobra si es admitido	Antes de 12/01/2015 10% de coaseguro Después de 12/01/2015 \$100 copago si es medicamento necesario. Copago no cobra si es admitido	Efectivo 12/01/2015: \$250 copago más 10% de los cargos en exceso a \$250 se aplicarán si la sala de emergencias es utilizada para condiciones médicas que no se consideren emergencia verdadera y que podría haber sido proporcionado por una clínica de Urgencia o una clínica de tienda. No siendo PPO el 50% si no es por emergencia
	Transporte médico de emergencia	20% de coaseguro	20% de coaseguro	No siendo PPO el 50% si no es por emergencia

Preguntas: Llame al 1-619-849-1060.

Si no esta seguro sobre el significado de los términos usados en letras o negritas de este formulario, vea el glosario. Puede ver el glosario en www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf o llame al 1-619-849-1060 para solicitar una copia.

SD UNITE-HERE FUND-PLAN BLUE SELECT

Periodo de cobertura: 01/01/2017 – 12/31/2017

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que este Plan cubre y el costo Cobertura para: Empleados y dependientes | Tipo de Plan: PPO

Situación médica común	Servicios que puede necesitar	Lo que le cuesta si consulta a un		Limitaciones y excepciones
		Proveedor participante	Proveedor no participante	
	Atención de emergencia	Centro de Urgencia \$20 copago/consulta No se cobra el deducible Efectivo 12/01/2015 las clínicas en la tienda CVS- \$10 copago/consulta No se cobra el deducible	50% de coaseguro	—————Ninguna—————
Si usted ingresa al hospital	Cobro del establecimiento (es decir, cuarto de hospital)	\$500 copago por hospitalización por estancias autorizadas; No se cobra el deducible	El Plan paga: Cuarto y comida: \$135 diarios por empleado; \$100 diarios por dependientes. Cuidado Intensivo: \$405 diarios para empleados y \$300 diarios para dependientes. Cobros por servicio complementario: 50% coaseguro	Los ingresos al hospital deben ser preautorizados o habra una multa de \$1,000 por no obtener una preautorización.
	Honorario del médico / cirujano	10% de coaseguro	50% coinsurance	—————Ninguna—————

Preguntas: Llame al 1-619-849-1060.

Si no esta seguro sobre el significado de los terminos usados en letras o negritas de este formulario, vea el glosario. Puede ver el glosario en www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf o llame al 1-619-849-1060 para solicitar una copia.

SD UNITE-HERE FUND-PLAN BLUE SELECT

Periodo de cobertura: 01/01/2017 – 12/31/2017

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que este Plan cubre y el costo Cobertura para: Empleados y dependientes | Tipo de Plan: PPO

Situación médica común	Servicios que puede necesitar	Lo que le cuesta si consulta a un		Limitaciones y excepciones
		Proveedor participante	Proveedor no participante	
Si tiene una enfermedad mental, trastorno de conducta, o abuso de sustancias químicas	Servicios ambulatorios por enfermedad mental / trastorno de conducta	10% de coaseguro	50% de coaseguro	Ninguna
	Servicios ambulatorios por enfermedad mental / trastorno de conducta	\$500 de hospitalización por estancias autorizadas No se cobra el deducible	El Plan paga: Cuarto y comida: \$135 diarios por empleado; \$100 diarios por dependientes. Cuidado Intensivo: \$405 diarios para empleados y \$300 diarios para dependientes. Cobros por servicio complementario: 50% coaseguro	Ninguna
	Servicios ambulatorios para trastorno por uso de sustancias	10% de coaseguro	50% de coaseguro	Ninguna
	Servicio de interno para trastorno por uso de sustancias	\$500 de hospitalización por estancias autorizadas No se cobra el deducible	50% coaseguro	Ninguna
Si esta embarazada	Atención prenatal y posnatal	10% de coaseguro (\$0 por servicios preventivos)	50% de coaseguro	Ninguna
	Parto y todos los servicios de interna	\$500 de hospitalización por estancias autorizadas No se cobra el deducible	50% de coaseguro	Ninguna

Preguntas: Llame al 1-619-849-1060.

Si no esta seguro sobre el significado de los terminos usados en letras o negritas de este formulario, vea el glosario. Puede ver el glosario en www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf o llame al 1-619-849-1060 para solicitar una copia.

SD UNITE-HERE FUND-PLAN BLUE SELECT

Periodo de cobertura: 01/01/2017 – 12/31/2017

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que este Plan cubre y el costo Cobertura para: Empleados y dependientes | Tipo de Plan: PPO

Situación médica común	Servicios que puede necesitar	Lo que le cuesta si consulta a un		Limitaciones y excepciones
		Proveedor participante	Proveedor no participante	
Si necesita ayuda para reponerse o tiene alguna necesidad médica especial	Atención médica en casa	10% de coaseguro	20% de coaseguro	deducible aparte \$50 por persona
	Servicios de rehabilitación	\$20 copago/consulta No se cobra el deducible	50% de coaseguro	—————Ninguna—————
	Habilitation services	\$20 copago/consulta No se cobra el deducible	50% de coaseguro	—————Ninguna—————
	Atención de enfermería profesional	\$500 de hospitalización por estancias autorizadas; No se cobra el deducible	El Plan paga: Cuarto y comida: \$135 diarios por empleado; \$100 diarios por dependientes. Cuidado Intensivo: \$405 diarios para empleados y \$300 diarios para dependientes. Cobros por servicio complementario: 50% coaseguro	Máximo 60 días por incapacidad
	Equipo medico duradero	10% de coaseguro	50% de coaseguro	—————Ninguna—————
	Atención para enfermos terminales	10% de coaseguro	50% de coaseguro	—————Ninguna—————
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Exámen de la vista	\$0	\$5, el plan paga hasta \$45	Límite de un exámen cada 12 meses.
	Anteojos	\$15 copago, el plan paga hasta \$120.	\$15, el plan paga hasta \$45	Límite de un par de anteojos cada 24 meses.
	Revisión dental	\$0	\$0, cuando se satisface \$50 de deducible	El plan paga el 100% del límite permisible por servicios preventivos.

Preguntas: Llame al 1-619-849-1060.

Si no esta seguro sobre el significado de los terminos usados en letras o negritas de este formulario, vea el glosario. Puede ver el glosario en www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf o llame al 1-619-849-1060 para solicitar una copia.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Los servicios que su plan NO cubre (Esta no es una lista completa. Revise su póliza o documento del plan para ver otros servicios excluidos .)		
• Cirugía cosmética • Atención dental (Adulto) • Tratamiento de infertilidad	• Cuidado de largo plazo • Atención que no sea de emergencia cuando viaje fuera de los E.U. • Enfermera privada	• Atención rutinaria de la vista (Adulto) • Atención rutinaria de los pies
Otros servicios cubiertos (Esta no es una lista completa. Revise su póliza o documento del plan para ver otros servicios cubiertos y su costo por estos servicios.)		
• Acupuntura (si es recetada para rehabilitación) • Cirugía bariátrica	• Atención quiropráctica • Aparatos auditivos	• Programas para bajar de peso

Sus derechos para continuar su cobertura:

Si usted pierde cobertura bajo el plan, entonces, dependiendo en las circunstancias, las leyes federales y estatales pueden proporcionarle protecciones que le permitan quedarse con su cobertura médica. Tales derechos pueden tener tiempo limitado y requerirán que usted pague una **prima**, lo cual puede ser considerablemente mayor a las primas que usted paga mientras está cubierto bajo el plan. Pueden aplicar otras limitaciones sobre sus derechos para continuar con la cobertura.

Para más información sobre sus derechos de continuar su cobertura, comuníquese con el plan al 1-619-849-1060. También puede comunicarse con su departamento estatal de seguros, con el U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration al 1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa, o con el U.S. Department of Health and Human Services al 1-877-267-2323, x61565 o www.cciio.cms.gov

Preguntas: Llame al 1-619-849-1060.

Si no está seguro sobre el significado de los términos usados en letras o negritas de este formulario, vea el glosario. Puede ver el glosario en www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf o llame al 1-619-849-1060 para solicitar una copia.

Sus derechos sobre agravio y apelación: Si usted tiene una queja o no está satisfecho con alguna denegación de cobertura después de presentar reclamaciones bajo su plan, es posible que usted pueda **apelar** o presentar un **agravio**. Si tiene preguntas sobre sus derechos, este aviso, o asistencia, puede comunicarse a: San Diego UNITE HERE Fund, 3737 Camino Del Rio South, Ste. #300 San Diego, CA 92108 o llame al 1-619-849-1060. Usted puede comunicarse al Department of Labor's Employees Benefit Security Administration al 1-866-444-EBSA(3272) o visite www.dol.gov/ebsa/healthreform. Para obtener asistencia en Espanol, llame al 1-619-849-1060.

¿Proporciona esta cobertura la cobertura mínima esencial?

La ley sobre atención medica asequible (*The Affordable Care Act*) requiere que la mayoría de las personas tengan cobertura de atención médica que califique como "cobertura esencial mínima." **Este plan o póliza sí proporciona cobertura esencial mínima.**

¿Cumple esta cobertura con las normas sobre el valor mínimo?

La ley sobre atención médica asequible establece normas sobre el valor mínimo de los beneficios de un plan médico. Las normas del valor mínimo son del 60% (valor actuarial). **Esta cobertura médica sí cumple con las normas del valor mínimo de los beneficios que proporciona.**

————— Para ver ejemplos de como puede este plan cubrir los costos de una situación médica supuesta, vea la siguiente página —————

—

Preguntas: Llame al 1-619-849-1060.

Si no esta seguro sobre el significado de los términos usados en letras o negritas de este formulario, vea el glosario. Puede ver el glosario en www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf o llame al 1-619-849-1060 para solicitar una copia.

Respecto a estos ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos muestran como este plan podría cubrir atención médica en ciertas situaciones. Use estos ejemplos para ver, en general que tanta protección económica podría un paciente simulado obtener si estuviese cubierto bajo planes distintos.



Este no es un estimador de costos.

No use estos ejemplos para estimar sus costos actuales bajo este plan. La atención que usted reciba realmente será diferente a estos ejemplos, y el costo de tal atención también será diferente.

En la siguiente página verá información importante sobre estos ejemplos.

Tener un bebé (parto normal)

- Cantidad que se le debe al proveedor: \$7,540
- El plan paga \$6,560
- El paciente paga \$980

Ejemplo de costos médicos:

Cobros del hospital (madre)	\$2,700
Atención obstétrica rutinaria	\$2,100
Cobros del hospital (bebé)	\$900
Anestesia	\$900
Exámenes de laboratorio	\$500
Recetas	\$200
Radiología	\$200
Total	\$7,540

Paciente paga:

Deducibles	\$100
copagos	\$520
Coaseguro	\$360
Límites o exclusiones	\$0
Total	\$980

Manejo de diabetes tipo 2

(mantenimiento rutinario de una condición bien controlada)

- Cantidad que se le debe al proveedor: \$5,400
- El plan paga \$4,495
- El paciente paga \$905

Ejemplo de costos médicos:

recetas	\$2,900
Equipo medico y suministros	\$1,300
Consultas y procedimientos	\$700
Educación	\$300
Análisis de laboratorio	\$100
Vacunas, otras prevenciones	\$100
Total	\$5,400

Paciente paga:

Deducibles	\$100
Copagos	\$690
Coaseguros	\$0
Límites o exclusiones	\$200
Total	\$990

Preguntas: Llame al 1-619-849-1060.

Si no esta seguro sobre el significado de los términos usados en letras o negritas de este formulario, vea el glosario. Puede ver el glosario en www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf o llame al 1-619-849-1060 para solicitar una copia.

Preguntas y respuestas sobre los ejemplos de cobertura:

¿Cuáles son algunas de las suposiciones detrás de los ejemplos de cobertura?

- Los costos no incluyen **primas**.
- Los costos de atención están basados en promedios nacionales obtenidos del U.S. Department of Health and Human Services, y no son específicos a ninguna zona geográfica ni a ningún plan médico.
- La condición del paciente no fue una condición excluida ni preexistente.
- Todos los servicios y tratamientos iniciaron y terminaron durante el mismo periodo de cobertura.
- No hay ningún otro gasto incurrido por ningún otro miembro cubierto bajo este plan.
- Los gastos de desembolso están únicamente basados en el tratamiento de la condición del ejemplo.
- El paciente recibió toda su atención de parte de **proveedores** de la red. Si el paciente hubiese recibido atención de **proveedores** fuera de la red, los costos hubiesen sido mayores.

¿Qué demuestra el ejemplo de cobertura?

En cada situación de tratamiento, los ejemplos de cobertura le ayudan a ver como el **deducible**, **copago**, y **coaseguro** pueden incrementar. También le ayuda a ver cuales gastos tuvo que pagar usted porque el servicio o tratamiento no está cubierto o el pago es limitado.

¿Predice el ejemplo de cobertura mis necesidades de atención médica?

- ✗ **No.** Los tratamientos mostrados son solamente ejemplos. El cuidado que usted recibiría por esta condición podría ser diferente basado en las recomendaciones de su doctor, su edad, que tan seria es su condición, y por muchos otros factores.

¿El ejemplo de cobertura predice mis gastos futuros?

- ✗ **No.** Los ejemplos de cobertura **no** son estimadores de costos. No puede usar los ejemplos para estimar el costo de una condición actual. El único propósito de estos es de comparar. Sus propios gastos serán diferentes según la atención que

usted reciba, los precios que cobra su **proveedor**, y el reembolso que su plan médico permite..

¿Puedo usar los ejemplos de cobertura para comparar los planes?

- ✓ **Sí.** Cuando usted revise el resumen de beneficios y cobertura de otros planes, encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Cuando usted compare los planes, revise la sección “el paciente paga” en cada ejemplo. Entre más pequeño el número, mayor cobertura proporciona el plan.

¿Hay otros costos que debo tomar en consideración cuando compare los planes?

- ✓ **Sí.** Un costo importante son las **primas** que paga. Generalmente, entre más baja la **prima**, más pagará en el costo de desembolso, tales como **copago**, **deducible**, y **coaseguro**. Debe también considerar contribuciones a cuentas tales como cuentas de ahorro médico (HSA), cuentas de gasto flexible (FSA) o cuentas de reembolso médico (HRA) las cuales le ayudan a pagar los gastos de desembolso.

Preguntas: Llame al 1-619-849-1060.

Si no está seguro sobre el significado de los términos usados en letras o negritas de este formulario, vea el glosario. Puede ver el glosario en www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf o llame al 1-619-849-1060 para solicitar una copia.

SD UNITE-HERE FUND-BLUE PLAN PLUS

Coverage Period: 01/01/2017 – 12/31/2017

Summary of Benefits and Coverage: What this Plan Covers & What it Costs Coverage for: Employees & Dependents | Plan Type: PPO



This is only a summary. If you want more detail about your coverage and costs, you can get the complete terms in the policy or plan document by calling 1-619-849-1060.

Important Questions	Answers	Why this Matters:
What is the overall deductible?	\$100 person/ \$300 family Doesn't apply to preventive care services, prescription drug benefits and other medical care services requiring a copayment.	You must pay all the costs up to the deductible amount before this plan begins to pay for covered services you use. Check your policy or plan document to see when the deductible starts over (usually, but not always, January 1st). See the chart starting on page 2 for how much you pay for covered services after you meet the deductible .
Are there other deductibles for specific services?	Yes. \$50 per person for home health care.	You must pay all of the costs for these services up to the specific deductible amount before this plan begins to pay for these services.
Is there an out-of-pocket limit on my expenses?	Yes. For PPO \$6,350 per person \$12,700 per family. For non-participating providers there are no out of pocket limits.	The out-of-pocket limit is the most you could pay during a coverage period (usually one year) for your share of the cost of covered services. This limit helps you plan for health care expenses.
What is not included in the out-of-pocket limit?	Premiums, balance-billed charges, and health care this plan doesn't cover.	Even though you pay these expenses, they don't count toward the out-of-pocket limit .
Does this plan use a network of providers?	Yes. See www.anthem.com/ca or call 1-800-759-3030 for a list of participating providers.	If you use an in-network doctor or other health care provider , this plan will pay some or all of the costs of covered services. Be aware, your in-network doctor or hospital may use an out-of-network provider for some services. Plans use the term in-network, preferred , or participating for providers in their network . See the chart starting on page 2 for how this plan pays different kinds of providers .
Do I need a referral to see a specialist?	No. You don't need a referral to see a specialist.	You can see the specialist you choose without permission from this plan.
Are there services this plan doesn't cover?	Yes.	Some of the services this plan doesn't cover are listed on page 4. See your policy or plan document for additional information about excluded services .

OMB Control Numbers 1545-2229,
1210-0147, and 0938-1146

Questions: Call 1-619-849-1060.

If you aren't clear about any of the bolded terms used in this form, see the Glossary. You can view the Glossary at www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf or call 1-619-849-1060 to request a copy.

SD UNITE-HERE FUND-BLUE PLAN PLUS

Coverage Period: 01/01/2017 – 12/31/2017

Summary of Benefits and Coverage: What this Plan Covers & What it Costs Coverage for: Employees & Dependents | Plan Type: PPO

- 
- **Co-payments** are fixed dollar amounts (for example, \$15) you pay for covered health care, usually when you receive the service.
 - **Co-insurance** is *your* share of the costs of a covered service, calculated as a percent of the **allowed amount** for the service. For example, if the plan's **allowed amount** for an overnight hospital stay is \$1,000, your **co-insurance** payment of 20% would be \$200. This may change if you haven't met your **deductible**.
 - The amount the plan pays for covered services is based on the **allowed amount**. If an out-of-network **provider** charges more than the **allowed amount**, you may have to pay the difference. For example, if an out-of-network hospital charges \$1,500 for an overnight stay and the **allowed amount** is \$1,000, you may have to pay the \$500 difference. (This is called **balance billing**.)
 - This plan may encourage you to use participating **providers** by charging you lower **deductibles**, **co-payments** and **co-insurance** amounts.

Common Medical Event	Services You May Need	Your cost if you use a		Limitations & Exceptions
		Participating Provider	Non-Participating Provider	
If you visit a health care provider's office or clinic	Primary care visit to treat an injury or illness	\$20 copay/visit; deductible waived	50% coinsurance	_____none_____
	Specialist visit	\$20 copay/visit; deductible waived	50% coinsurance	_____none_____
	Other practitioner office visit	\$20copay/visit/ for chiropractor; deductible waived	50% coinsurance for chiropractor and acupuncture	There is a \$750/40 visit annual limit for acupuncture.
	Preventive care/screening/immunization	No charge; deductible waived	50% coinsurance	For non PPO provider plan pays up to \$135 per exam
If you have a test	Diagnostic test (x-ray, blood work)	10% coinsurance; \$0 for preventive tests	50% coinsurance	_____none_____
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	10% coinsurance; \$0 for preventive imaging	50% coinsurance	_____none_____

Questions: Call 1-619-849-1060.

If you aren't clear about any of the bolded terms used in this form, see the Glossary. You can view the Glossary at www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf or call 1-619-849-1060 to request a copy.

SD UNITE-HERE FUND-BLUE PLAN PLUS

Coverage Period: 01/01/2017 – 12/31/2017

Summary of Benefits and Coverage: What this Plan Covers & What it Costs Coverage for: Employees & Dependents | Plan Type: PPO

Common Medical Event	Services You May Need	Your cost if you use a		Limitations & Exceptions
		Participating Provider	Non-Participating Provider	
If you need drugs to treat your illness or condition More information about prescription drug coverage is available at http://www.unitehere30benefits.org	Generic drugs	\$15 copay retail or mail order; deductible waived	Not covered	Covers up to a 30-day supply (retail prescription); 31-90 day supply (mail order prescription)
	Preferred brand drugs	\$30 copay retail or mail order; deductible waived	Not covered	Covers up to a 30-day supply (retail prescription); 31-90 day supply (mail order prescription)
	Specialty drugs	\$15/\$30 copay; deductible waived	Not covered	Covers up to a 30-day supply (retail prescription); 31-90 day supply (mail order prescription)
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	10% coinsurance	50% coinsurance	_____none_____
	Physician/surgeon fees	10% coinsurance	50% coinsurance	_____none_____
If you need immediate medical attention	Emergency room services	10% coinsurance \$100 copayment if medically necessary. Copayment waived if admitted	10% coinsurance \$100 copayment if medically necessary. Copayment waived if admitted	\$250 copayment plus 10% of charges in excess of \$250 will apply if a PPO emergency room is used for a medical condition not considered a true emergency treatment (and could have been provided by an Urgent Care or Retail Store Clinic. For non-PPO providers 50% if not for emergency care.
	Emergency medical transportation	20% coinsurance	20% coinsurance	For non-PPO 50% if not for emergency care

Questions: Call 1-619-849-1060.

If you aren't clear about any of the bolded terms used in this form, see the Glossary. You can view the Glossary at www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf or call 1-619-849-1060 to request a copy.

SD UNITE-HERE FUND-BLUE PLAN PLUS

Coverage Period: 01/01/2017 – 12/31/2017

Summary of Benefits and Coverage: What this Plan Covers & What it Costs Coverage for: Employees & Dependents | Plan Type: PPO

	Urgent care	Urgent Care Center \$20 copay/visit; deductible waived. Retail Store Clinic (CVS) \$10 copay/visit; deductible waived	50% coinsurance	_____none_____
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	\$500 hospitalization copay for authorized stays; deductible waived	Plan Pays: Room and Board:\$135 per day for Employee; \$100 per day for Dependents. Intensive Care-\$405 per day for Employees and \$300 per day for Dependents. Ancillary charges: 50% coinsurance	Hospital stays must be preauthorize or there will be a \$1,000 penalty for not obtaining a preauthorization
	Physician/surgeon fee	10% coinsurance	50% coinsurance	_____none_____

Questions: Call 1-619-849-1060.

If you aren't clear about any of the bolded terms used in this form, see the Glossary. You can view the Glossary at www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf or call 1-619-849-1060 to request a copy.

SD UNITE-HERE FUND-BLUE PLAN PLUS

Coverage Period: 01/01/2017 – 12/31/2017

Summary of Benefits and Coverage: What this Plan Covers & What it Costs Coverage for: Employees & Dependents | Plan Type: PPO

Common Medical Event	Services You May Need	Your cost if you use a		Limitations & Exceptions
		Participating Provider	Non-Participating Provider	
If you have mental health, behavioral health, or substance abuse needs	Mental/Behavioral health outpatient services	10% coinsurance	50% coinsurance	_____none_____
	Mental/Behavioral health inpatient services	\$500 hospitalization copay for authorized stays; deductible waived	Plan Pays: Room and Board:\$135 per day for Employee; \$100 per day for Dependents. Intensive Care-\$405 per day for Employees and \$300 per day for Dependents. Ancillary charges: 50% coinsurance	_____none_____
	Substance use disorder outpatient services	10% coinsurance	50% coinsurance	_____none_____
	Substance use disorder inpatient services	\$500 hospitalization copay for authorized stays; deductible waived	50% coinsurance	_____none_____
If you are pregnant	Prenatal and postnatal care	10% coinsurance (\$0 for preventive services)	50% coinsurance	_____none_____
	Delivery and all inpatient services	\$500 copay per hospital stay; deductible waived	50% coinsurance	_____none_____

Questions: Call 1-619-849-1060.

If you aren't clear about any of the bolded terms used in this form, see the Glossary. You can view the Glossary at www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf or call 1-619-849-1060 to request a copy.

SD UNITE-HERE FUND-BLUE PLAN PLUS

Coverage Period: 01/01/2017 – 12/31/2017

Summary of Benefits and Coverage: What this Plan Covers & What it Costs Coverage for: Employees & Dependents | Plan Type: PPO

Common Medical Event	Services You May Need	Your cost if you use a		Limitations & Exceptions
		Participating Provider	Non-Participating Provider	
If you need help recovering or have other special health needs	Home health care	10% co-insurance	20% co-insurance	Separate \$50 deductible per person
	Rehabilitation services	\$20 copay/visit; deductible waived	50% coinsurance	_____none_____
	Habilitation services	\$20 copay/visit; deductible waived	50% coinsurance	_____none_____
	Skilled nursing care	\$500 hospitalization copay for authorized stays; deductible waived	Plan Pays: Room and Board:\$135 per day for Employee; \$100 per day for Dependents. Intensive Care-\$405 per day for Employees and \$300 per day for Dependents. Ancillary charges: 50% coinsurance	Maximum of 60 days per disability
	Durable medical equipment	10% coinsurance	50% coinsurance	_____none_____
	Hospice service	10% coinsurance	50% coinsurance	_____none_____
If your child needs dental or eye care	Eye exam	\$ 0	\$5, plan pays up to \$45.	Limited to one exam every 12 months.
	Glasses	\$15 copay, plan pays up to \$120.	\$15 copay, plan pays up to \$45.	Limited to one set of glasses every 24 months.
	Dental check-up	\$0	\$0, provided \$50 deductible is met.	Plan plays 100% up to the schedule limit for preventive services.

Excluded Services & Other Covered Services:

Services Your Plan Does NOT Cover (This isn't a complete list. Check your policy or plan document for other excluded services .)		
• Cosmetic surgery • Dental care (Adult) • Infertility treatment	• Long-term care • Non-emergency care when traveling outside the U.S. • Private-duty nursing	• Routine eye care (Adult) • Routine foot care

Questions: Call 1-619-849-1060.

If you aren't clear about any of the bolded terms used in this form, see the Glossary. You can view the Glossary at www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf or call 1-619-849-1060 to request a copy.

Other Covered Services (This isn't a complete list. Check your policy or plan document for other covered services and your costs for these services.)

- Acupuncture (if prescribed for rehabilitation purposes)
- Bariatric surgery
- Chiropractic care
- Hearing aids
- Weight loss programs

Your Rights to Continue Coverage:

If you lose coverage under the plan, then, depending upon the circumstances, Federal and State laws may provide protections that allow you to keep health coverage. Any such rights may be limited in duration and will require you to pay a **premium**, which may be significantly higher than the premium you pay while covered under the plan. Other limitations on your rights to continue coverage may also apply.

Your Grievance and Appeals Rights: If you have a complaint or are dissatisfied with a denial of coverage for claims under your plan, you may be able to **appeal** or file a **grievance**. For questions about your rights, this notice, or assistance, you can contact: San Diego UNITE HERE Fund, 3737 Camino Del Rio South, Ste. #300 San Diego, CA 92108 or call 1-619-849-1060. You may contact the Department of Labor's Employees Benefit Security Administration at 1-866-444-EBSA(3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform. Para obtener asistencia en Español, llame al 1-619-849-1060.

Does this Coverage Provide Minimum Essential Coverage?

The Affordable Care Act requires most people to have health care coverage that qualifies as "minimum essential coverage." **This plan or policy does provide minimum essential coverage.**

Does this Coverage Meet the Minimum Value Standard?

The Affordable Care Act establishes a minimum value standard of benefits of a health plan. The minimum value standard is 60% (actuarial value). **This health coverage does meet the minimum value standard for the benefits it provides.**

Language Access Services:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-619-849-1060.

To see examples of how this plan might cover costs for a sample medical situation, see the next page.

Questions: Call 1-619-849-1060.

If you aren't clear about any of the bolded terms used in this form, see the Glossary. You can view the Glossary at www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf or call 1-619-849-1060 to request a copy.

About these Coverage Examples:

These examples show how this plan might cover medical care in given situations. Use these examples to see, in general, how much financial protection a sample patient might get if they are covered under different plans.



This is not a cost estimator.

Don't use these examples to estimate your actual costs under this plan. The actual care you receive will be different from these examples, and the cost of that care will also be different.

See the next page for important information about these examples.

Having a baby (normal delivery)

- **Amount owed to providers:** \$7,540
- **Plan pays** \$6,550
- **Patient pays** \$990

Sample care costs:

Hospital charges (mother)	\$2,700
Routine obstetric care	\$2,100
Hospital charges (baby)	\$900
Anesthesia	\$900
Laboratory tests	\$500
Prescriptions	\$200
Radiology	\$200
Vaccines, other preventive	\$40
Total	\$7,540

Patient pays:

Deductibles	\$100
Co-pays	\$530
Co-insurance	\$360
Limits or exclusions	\$0
Total	\$990

Managing type 2 diabetes (routine maintenance of a well-controlled condition)

- **Amount owed to providers:** \$5,400
- **Plan pays** \$4,495
- **Patient pays** \$905

Sample care costs:

Prescriptions	\$2,900
Medical Equipment and Supplies	\$1,300
Office Visits and Procedures	\$700
Education	\$300
Laboratory tests	\$100
Vaccines, other preventive	\$100
Total	\$5,400

Patient pays:

Deductibles	\$100
Co-pays	\$605
Co-insurance	\$0
Limits or exclusions	\$200
Total	\$905

Questions: Call 1-619-849-1060.

If you aren't clear about any of the bolded terms used in this form, see the Glossary. You can view the Glossary at www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf or call 1-619-849-1060 to request a copy.

Questions and answers about the Coverage Examples:

What are some of the assumptions behind the Coverage Examples?

- Costs don't include **premiums**.
- Sample care costs are based on national averages supplied by the U.S. Department of Health and Human Services, and aren't specific to a particular geographic area or health plan.
- The patient's condition was not an excluded or preexisting condition.
- All services and treatments started and ended in the same coverage period.
- There are no other medical expenses for any member covered under this plan.
- Out-of-pocket expenses are based only on treating the condition in the example.
- The patient received all care from in-network **providers**. If the patient had received care from out-of-network **providers**, costs would have been higher.

What does a Coverage Example show?

For each treatment situation, the Coverage Example helps you see how **deductibles**, **co-payments**, and **co-insurance** can add up. It also helps you see what expenses might be left up to you to pay because the service or treatment isn't covered or payment is limited.

Does the Coverage Example predict my own care needs?

- ✗ **No.** Treatments shown are just examples. The care you would receive for this condition could be different based on your doctor's advice, your age, how serious your condition is, and many other factors.

Does the Coverage Example predict my future expenses?

- ✗ **No.** Coverage Examples are **not** cost estimators. You can't use the examples to estimate costs for an actual condition. They are for comparative purposes only. Your own costs will be different depending on the care you receive, the prices your **providers** charge, and the reimbursement your health plan allows.

Can I use Coverage Examples to compare plans?

- ✓ **Yes.** When you look at the Summary of Benefits and Coverage for other plans, you'll find the same Coverage Examples. When you compare plans, check the "Patient Pays" box in each example. The smaller that number, the more coverage the plan provides.

Are there other costs I should consider when comparing plans?

- ✓ **Yes.** An important cost is the **premium** you pay. Generally, the lower your **premium**, the more you'll pay in out-of-pocket costs, such as **co-payments**, **deductibles**, and **co-insurance**. You should also consider contributions to accounts such as health savings accounts (HSAs), flexible spending arrangements (FSAs) or health reimbursement accounts (HRAs) that help you pay out-of-pocket expenses.

Questions: Call 1-619-849-1060.

If you aren't clear about any of the bolded terms used in this form, see the Glossary. You can view the Glossary at www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf or call 1-619-849-1060 to request a copy.



Este es solo un resumen. Si usted desea más detalles sobre su cobertura y el costo, puede obtener los términos completos de la póliza o del documento del Plan llamando al 1-619-849-1060.

Preguntas importantes	Respuestas	La razón por la que esto importa:
¿En general, cuánto es el deducible ?	\$100 persona/ \$300 familia No aplica atención preventiva, Medicamentos con receta, y otros servicios que requieran copagos.	Usted debe pagar todos los gastos hasta que cumpla con la cantidad del deducible antes de que este plan comience a pagar los servicios cubiertos que utilice. Revise su póliza o el documento del plan para ver cuando comienza el deducible (usualmente, pero no siempre, el 1 de enero). En la tabla que empieza en la página 2 verá cuánto paga usted por los servicios cubiertos después de cumplir con el deducible .
¿Existen algunos otros deducibles para servicios específicos?	Sí. \$50 por persona por atención médica en casa	Usted debe pagar todos los gastos hasta que cumpla con la cantidad del deducible antes de que este plan comience a pagar por estos servicios.
¿Hay algún límite de desembolso sobre mis gastos?	Sí. PPO \$6,350 por persona. \$12,700 por familia. Para proveedores no participantes no hay límite de desembolso.	El límite de desembolso es lo más que podría pagar durante un periodo de cobertura (usualmente es un año) por la porción del gasto que le toca de los servicios cubiertos. Este límite le ayuda a planear sus gastos médicos.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de desembolso ?	Primas, saldo de facturas cobradas, y la atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan hacia su límite de desembolso .
¿En general, hay algún límite anual sobre el cual pague el plan?	No, por beneficios médicos esenciales	La tabla que empieza en la página 2 describe cualesquier límites sobre los cuales paga el plan por servicios cubiertos <i>específicos</i> , tales como citas en el consultorio.
¿Utiliza este plan alguna red de proveedores ?	Sí. Visite www.anthem.com/ca o lláme al 1-800-759-3030 para obtener una lista de proveedores participantes.	Si usted consulta a un doctor de la red o a algún otro proveedor médico, este plan pagará algunos o hasta todos los cobros de los servicios cubiertos. Tenga presente que su doctor de la red u hospital puede utilizar algunos servicios de proveedores fuera de la red. Los planes usan el término en la red, preferencial , o participante para los proveedores dentro de su red . En la tabla que comienza en la página 2 podrá ver como este plan le paga a diferentes tipos de proveedores .
¿Necesito tener una derivación para consultar a un especialista ?	No. No necesita ninguna derivación para ver a un especialista.	Usted puede consultar al especialista que usted elija sin necesitar permiso del plan.
¿Existen servicios no cubiertos por este plan?	Sí.	Algunos de los servicios que este plan no cubre están anotados en la página 4. Revise su póliza o documento del plan para más información sobre los servicios excluidos .

Preguntas: Llame al 1-619-849-1060.

Si no está seguro sobre el significado de los términos usados en letras o negritas de este formulario, vea el glosario. Puede ver el glosario en www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf o llame al 1-619-849-1060 para solicitar una copia.



- **Copagos** son cantidades de dinero fijas (por ejemplo, \$15) que usted paga por atención médica cubierto, usualmente cuando recibe el servicio.
- **Coaseguro** es la porción que a usted le toca del servicio cubierto, calculado como un porcentaje de la **cantidad permisible** por el servicio. Por ejemplo, si la cantidad permisible por estancia de una noche en el hospital es de \$1,000, su pago de **coaseguro** del 20% sería de \$200. Esto puede cambiar si no ha cumplido con su **deducible**.
- La cantidad que el plan paga por servicios cubiertos esta basada en la **cantidad permisible**. Si un proveedor fuera de la red cobra más de la **cantidad permisible**, puede ser que usted tenga que pagar la diferencia. Por ejemplo, si un hospital fuera de la red cobra \$1,500 por un estancia de una noche y la **cantidad permisible** es de \$1,000 puede ser que usted tenga que pagar la diferencia. (A esto se le llama **facturar el saldo**.)
- Este plan recomienda que use **proveedores** participantes y así la cantidad del **deducible**, **copago** y **coaseguro** que se cobra es menor.

Situación médica común	Servicios que puede necesitar	Lo que le cuesta si consulta a un		Limitaciones y excepciones
		Proveedor participante	Proveedor no	
Si consulta a un proveedor médico en su consultorio o clínica	Consultar a su doctor de cabecera para tratar una lesión o enfermedad	\$20 copago /consulta No se cobra el deducible	50% de coaseguro	Ninguna
	Consultar a un especialista	\$20 copago /consulta No se cobra el deducible	50% de coaseguro	Ninguna
	Consultar a algún otro practicante	\$20 copago /consulta por quiropráctico No se cobra el deducible	50% de coaseguro por quiropráctico y acupuntura	Hay un límite máximo anual de \$750/40 consultas para servicios de acupuntura.
	Atención preventiva/análisis/inmunización	Ningún cobro No se cobra el deducible	50% de coaseguro	Si no se utiliza proveedores de PPO el plan paga hasta \$135 por examen
Si se hace un examen	Examen diagnóstico (rayos x, análisis de sangre)	10% de coaseguro; \$0 por exámenes preventivos	50% de coaseguro	Ninguna
	Toma de imágenes (CT/PET scans, MRIs) resonancia magnética	10% de coaseguro; \$0 por toma de imágenes preventivas	50% de coaseguro	Ninguna

Preguntas: Llame al 1-619-849-1060.

Si no esta seguro sobre el significado de los términos usados en letras o negritas de este formulario, vea el glosario. Puede ver el glosario en www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf o llame al 1-619-849-1060 para solicitar una copia.

Situación médica común	Servicios que puede necesitar	Lo que le cuesta si consulta a un		Limitaciones y excepciones
		Proveedor participante	Proveedor no	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición Más información sobre cobertura de medicinas recetadas esta disponible en http://www.unitehere30benefits.org	Medicinas genéricas	\$15 de copago por menudeo u orden por correo	No cubre	Cubre hasta un suministro de 30 días (receta a menudeo); suministro de 31-90 días (receta ordenada por correo)
	Medicinas de marca preferida	\$30 de copago por menudeo u orden por correo	No cubre	Cubre hasta un suministro de 30 días (receta a menudeo); suministro de 31-90 días (receta ordenada por correo)
	Medicinas especiales	\$15/\$30 copago No se cobra el deducible	No cubre	Cubre hasta un suministro de 30 días (receta a menudeo); suministro de 31-90 días (receta ordenada por correo)
Si usted tiene una cirugía ambulatoria	Honorario de la clínica (es decir, centro de cirugía ambulatoria)	10% de coaseguro	50% de coaseguro	Ninguna
	Honorario de médico/cirujano	10% de coaseguro	50% de coaseguro	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	Servicio de sala de emergencia	Antes de 12/01/2015 10% de coaseguro, Después de 12/01/2015 \$100 copago si es medicamento necesario. Copago no cobra si es admitido	Antes de 12/01/2015 10% de coaseguro Después de 12/01/2015 \$100 copago si es medicamento necesario. Copago no cobra si es admitido	Efectivo 12/01/2015: \$250 copago más 10% de los cargos en exceso a \$250 se aplicarán si la sala de emergencias es utilizada para condiciones médicas que no se consideren emergencia verdadera y que podría haber sido proporcionado por una clínica de Urgencia o una clínica de tienda. No siendo PPO el 50% si no es por emergencia
	Transporte médico de emergencia	20% de coaseguro	20% de coaseguro	No siendo PPO el 50% si no es por emergencia

Preguntas: Llame al 1-619-849-1060.

Si no esta seguro sobre el significado de los términos usados en letras o negritas de este formulario, vea el glosario. Puede ver el glosario en www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf o llame al 1-619-849-1060 para solicitar una copia.

SD UNITE-HERE FUND-PLAN BLUE BASIC PLUS

Periodo de cobertura: 01/01/2017 – 12/31/2017

Resúmen de beneficios y cobertura: Lo que este Plan cubre y el costo Cobertura para: Empleados y dependientes | Tipo de Plan: PPO

	Atención de emergencia	Centro de Urgencia \$20 copago/consulta No se cobra el deducible Efectivo 12/01/2015 las clínicas en la tienda CVS- \$10 copago/consulta No se cobra el deducible	50% de coaseguro	Ninguna
Si usted ingresa al hospital	Cobro del establecimiento (es decir, cuarto de hospital)	\$500 copago por hospitalización por estancias autorizadas No se cobra el deducible	El Plan paga: Cuarto y comida: \$135 diarios por empleado; \$100 diarios por dependientes. Cuidado Intensivo: \$405 diarios para empleados y \$300 diarios para dependientes. Cobros por servicio	Los ingresos al hospital deben ser preautorizados o habra una multa de \$1,000 por no obtener una preautorización.
	Honorario del médico / cirujano	10% de coaseguro	50% coinsurance	Ninguna

Preguntas: Llame al 1-619-849-1060.

Si no esta seguro sobre el significado de los términos usados en letras o negritas de este formulario, vea el glosario. Puede ver el glosario en www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf o llame al 1-619-849-1060 para solicitar una copia.

SD UNITE-HERE FUND-PLAN BLUE BASIC PLUS

Periodo de cobertura: 01/01/2017 – 12/31/2017

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que este Plan cubre y el costo Cobertura para: Empleados y dependientes | Tipo de Plan: PPO

Situación médica común	Servicios que puede necesitar	Lo que le cuesta si consulta a un		Limitaciones y excepciones
		Proveedor participante	Proveed or no	
Si tiene una enfermedad mental, trastorno de conducta, o abuso de sustancias químicas	Servicios ambulatorios por enfermedad mental / trastorno de conducta	10% de coaseguro	50% de coaseguro	Ninguna
	Servicios ambulatorios por enfermedad mental / trastorno de conducta	\$500 de hospitalización por estancias autorizadas No se cobra el deducible	El Plan paga: Cuarto y comida: \$135 diarios por empleado; \$100 diarios por dependientes. Cuidado Intensivo: \$405 diarios para empleados y \$300 diarios para dependientes.	Ninguna
	Servicios ambulatorios para trastorno por uso de sustancias	10% de coaseguro	50% de coaseguro	Ninguna
	Servicio de interno para trastorno por uso de sustancias	\$500 de hospitalización por estancias autorizadas No se cobra el deducible	50% coaseguro	Ninguna
Si esta embarazada	Atención prenatal y posnatal	10% de coaseguro (\$0 por servicios preventivos)	50% de coaseguro	Ninguna
	Parto y todos los servicios de interna	\$500 de hospitalización por estancias autorizadas No se cobra el deducible	50% de coaseguro	Ninguna

Preguntas: Llame al 1-619-849-1060.

Si no esta seguro sobre el significado de los terminos usados en letras o negritas de este formulario, vea el glosario. Puede ver el glosario en www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf o llame al 1-619-849-1060 para solicitar una copia.

SD UNITE-HERE FUND-PLAN BLUE BASIC PLUS

Periodo de cobertura: 01/01/2016 – 12/31/2016

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que este Plan cubre y el costo Cobertura para: Empleados y dependientes | Tipo de Plan: PPO

Situación médica común	Servicios que puede necesitar	Lo que le cuesta si consulta a un		Limitaciones y excepciones
		Proveedor participante	Proveedor no	
Si necesita ayuda para reponerse o tiene alguna necesidad médica especial	Atención médica en casa	10% de coaseguro	20% de coaseguro	deducible aparte \$50 por persona
	Servicios de rehabilitación	\$20 copago/consulta No se cobra el deducible	50% de coaseguro	Ninguna
	Habilitation services	\$20 copago/consulta No se cobra el deducible	50% de coaseguro	Ninguna
	Atención de enfermería profesional	\$500 de hospitalización por estancias autorizadas No se cobra el deducible	El Plan paga: Cuarto y comida: \$135 diarios por empleado; \$100 diarios por dependientes. Cuidado Intensivo: \$405 diarios para empleados y \$300 diarios para dependientes. Cobros por servicio	Máximo 60 días por incapacidad
	Equipo medico duradero	10% de coaseguro	50% de coaseguro	Ninguna
	Atención para enfermos terminales	10% de coaseguro	50% de coaseguro	Ninguna
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Exámen de la vista	\$0	\$5, el plan paga hasta \$45	Límite de un exámen cada 12 meses.
	Anteojos	\$15 copago, el plan paga hasta \$120.	\$15, el plan paga hasta \$45	Límite de un par de anteojos cada 24 meses.
	Revisión dental	\$0	\$0, cuando se satisface \$50 de deducible	El plan paga el 100% del límite permisible por servicios preventivos.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Los servicios que su plan NO cubre (Esta no es una lista completa. Revise su póliza o documento del plan para ver otros **servicios excluidos**.)

- Cirugía cosmética
- Atención dental (Adulto)
- Tratamiento de infertilidad
- Cuidado de largo plazo
- Atención que no sea de emergencia cuando viaje fuera de los E.U.
- Enfermera privada
- Atención rutinaria de la vista (Adulto)
- Atención rutinaria de los pies

Preguntas: Llame al 1-619-849-1060.

Si no esta seguro sobre el significado de los términos usados en letras o negritas de este formulario, vea el glosario. Puede ver el glosario en www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf o llame al 1-619-849-1060 para solicitar una copia.

Otros servicios cubiertos (Esta no es una lista completa. Revise su póliza o documento del plan para ver otros servicios cubiertos y su costo por estos servicios.)

- Acupuntura (si es recetada para rehabilitación)
- Atención quiropráctica
- Cirugía bariátrica
- Aparatos auditivos
- Programas para bajar de peso

Sus derechos para continuar su cobertura:

Si usted pierde cobertura bajo el plan, entonces, dependiendo en las circunstancias, las leyes federales y estatales pueden proporcionarle protecciones que le permitan quedarse con su cobertura médica. Tales derechos pueden tener tiempo limitado y requerirán que usted pague una **prima**, lo cual puede ser considerablemente mayor a las primas que usted paga mientras está cubierto bajo el plan. Pueden aplicar otras limitaciones sobre sus derechos para continuar con la cobertura.

Sus derechos sobre agravio y apelación: Si usted tiene una queja o no está satisfecho con alguna denegación de cobertura después de presentar reclamaciones bajo su plan, es posible que usted pueda **apelar** o presentar un **agravio**. Si tiene preguntas sobre sus derechos, este aviso, o asistencia, puede comunicarse a: San Diego UNITE HERE Fund, 3737 Camino Del Rio South, Ste. #300 San Diego, CA 92108 o lláme al 1-619-849-1060. Usted puede comunicarse al Department of Labor's Employees Benefit Security Administration al 1-866-444-EBSA(3272) o visite www.dol.gov/ebsa/healthreform. Para obtener asistencia en Espanol, llame al 1-619-574-1685.

¿Proporciona esta cobertura la cobertura mínima esencial?

La ley sobre atención medica asequible (*The Affordable Care Act*) requiere que la mayoría de las personas tengan cobertura de atención médica que califique como "cobertura esencial mínima." Este plan o póliza **sí proporciona cobertura esencial mínima**.

¿Cumple esta cobertura con las normas sobre el valor mínimo?

La ley sobre atención médica asequible establece normas sobre el valor mínimo de los beneficios de un plan médico. Las normas del valor mínimo son del 60% (valor actuarial). **Esta cobertura médica si cumple con las normas del valor mínimo de los beneficios que proporciona.**

————— Para ver ejemplos de como puede este plan cubrir los costos de una situación médica supuesta, vea la siguiente página —————

Preguntas: Llame al 1-619-849-1060.

Si no esta seguro sobre el significado de los terminos usados en letras o negritas de este formulario, vea el glosario. Puede ver el glosario en www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf o lláme al 1-619-849-1060 para solicitar una copia.

Respecto a estos ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos muestran como este plan podría cubrir la atención médica en ciertas situaciones. Use estos ejemplos para ver, en general que tanta protección económica podría un paciente simulado obtener si estuviese cubierto bajo planes distintos.



Este no es un estimador de costos.

No use estos ejemplos para estimar sus costos actuales bajo este plan. La atención que realmente recibirá será diferente a estos ejemplos, y el costo de tal atención también será diferente.

En la siguiente página verá información importante sobre estos ejemplos.

Tener un bebé (parto normal)

- Cantidad que se le debe al proveedor: \$7,540
- El plan paga \$6,550
- El paciente paga \$990

Ejemplo de costos médicos:

Cobros del hospital (madre)	\$2,700
Atención obstétrica rutinaria	\$2,100
Cobros del hospital (bebé)	\$900
Anestesia	\$900
Exámenes de laboratorio	\$500
Recetas	\$200
Radiología	\$200
Vacunas, otras prevenciones	\$40
Total	\$7,540

Paciente paga:

Deducibles	\$100
Copagos	\$530
Coaseguros	\$360
Límites o exclusiones	\$0
Total	\$990

Manejo de diabetes tipo 2

(mantenimiento rutinario de una condición bien controlada)

- Cantidad que se le debe al proveedor: \$5,400
- El plan paga \$4,495
- El paciente paga \$905

Ejemplo de costos médicos:

recetas	\$2,900
Equipo medico y suministros	\$1,300
Consultas y procedimientos	\$700
Educación	\$300
Análisis de laboratorio	\$100
Vacunas, otras prevenciones	\$100
Total	\$5,400

Paciente paga:

Deducibles	\$100
copagos	\$605
Coaseguro	\$0
Límites o exclusiones	\$200
Total	\$905

Preguntas: Llame al 1-619-849-1060.

Si no esta seguro sobre el significado de los términos usados en letras o negritas de este formulario, vea el glosario. Puede ver el glosario en www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf o llame al 1-619-849-1060 para solicitar una copia.

Preguntas y respuestas sobre los ejemplos de cobertura:

¿Cuáles son algunas de las suposiciones detrás de los ejemplos de cobertura?

- Los costos no incluyen **primas**.
- Los costos de atención están basados en promedios nacionales obtenidos del U.S. Department of Health and Human Services, y no son específicos a ninguna zona geográfica ni a ningún plan médico.
- La condición del paciente no fue una condición excluida ni preexistente.
- Todos los servicios y tratamientos iniciaron y terminaron durante el mismo periodo de cobertura.
- No hay ningún otro gasto incurrido por ningún otro miembro cubierto bajo este plan.
- Los gastos de desembolso están únicamente basados en el tratamiento de la condición del ejemplo.
- El paciente recibió toda su atención de parte de **proveedores** de la red. Si el paciente hubiese recibido atención de **proveedores** fuera de la red, los costos hubiesen sido mayores.

¿Qué demuestra el ejemplo de cobertura?

En cada situación de tratamiento, los ejemplos de cobertura le ayudan a ver como el **deducible**, **copago**, y **coaseguro** pueden incrementar. También le ayuda a ver cuales gastos tuvo que pagar usted porque el servicio o tratamiento no está cubierto o el pago es limitado.

¿Predice el ejemplo de cobertura mis necesidades de atención médica?

- ✗ **No.** Los tratamientos mostrados son solamente ejemplos. El cuidado que usted recibiría por esta condición podría ser diferente basado en las recomendaciones de su doctor, su edad, que tan seria es su condición, y por muchos otros factores.

¿El ejemplo de cobertura predice mis gastos futuros?

- ✗ **No.** Los ejemplos de cobertura **no** son estimadores de costos. No puede usar los ejemplos para estimar el costo de una condición actual. El único propósito de estos es de comparar. Sus propios gastos serán diferentes en la atención que usted

reciba, los precios que cobra su **proveedor**, y el reembolso que su plan médico permite..

¿Puedo usar los ejemplos de cobertura para comparar los planes?

- ✓ **Sí.** Cuando usted revise el resumen de beneficios y cobertura de otros planes, encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Cuando usted compare los planes, revise la sección “el paciente paga” en cada ejemplo. Entre más pequeño el número, mayor cobertura proporciona el plan.

¿Hay otros costos que debo tomar en consideración cuando compare los planes?

- ✓ **Sí.** Un costo importante son las **primas** que paga. Generalmente, entre más baja la **prima**, más pagará en el costo de desembolso, tales como **copago**, **deducible**, y **coaseguro**. Debe también considerar contribuciones a cuentas tales como cuentas de ahorro médico (HSA), cuentas de gasto flexible (FSA) o cuentas de reembolso médico (HRA) las cuales le ayudan a pagar los gastos de desembolso.

Preguntas: Llame al 1-619-849-1060.

Si no está seguro sobre el significado de los términos usados en letras o negritas de este formulario, vea el glosario. Puede ver el glosario en www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf o llame al 1-619-849-1060 para solicitar una copia.



This is only a summary. If you want more detail about your coverage and costs, you can get the complete terms in the policy or plan document at www.simnsa.com or by calling 1-800-424-4652.

NOTE: SIMNSA's Network is in Mexico. All routine care must be provided by SIMNSA Providers in Mexico. SIMNSA coverage in the USA is limited to bona fide emergency or urgent care services.

Important Questions	Answers	Why this Matters:
What is the overall <u>deductible</u> ?	\$0	See the chart starting on page 2 for your costs for services this plan covers.
Are there other <u>deductibles</u> for specific services?	No.	You don't have to meet <u>deductibles</u> for specific services, but see the chart starting on page 2 for other costs for services this plan covers.
Is there an <u>out-of-pocket limit</u> on my expenses?	Yes. For participating providers \$6,350 person and \$12,700 family	The <u>out-of-pocket limit</u> is the most you could pay during a coverage period (usually one year) for your share of the cost of covered services. This limit helps you plan for health care expenses.
What is not included in the <u>out-of-pocket limit</u> ?	All of a Member's Co-payments count towards the OOPM. Premiums and costs associated with non-covered services do not count towards the OOPM.	Even though you pay these expenses, they don't count toward the <u>out-of-pocket limit</u> .
Is there an overall annual limit on what the plan pays?	No.	The chart starting on page 2 describes any limits on what the plan will pay for <i>specific</i> covered services, such as office visits.
Does this plan use a <u>network of providers</u> ?	Yes. For a list of participating providers, see www.simnsa.com or call 1-800-424-4652 or 619-407-4082 (in the U.S.), or 683 29 02 (in Mexico)	If you use an in-network doctor or other health care <u>provider</u> , this plan will pay some or all of the costs of covered services. Be aware, your in-network doctor or hospital may use an out-of-network <u>provider</u> for some services. Plans use the term in-network, <u>preferred</u> , or participating for <u>providers</u> in their <u>network</u> . See the chart starting on page 2 for how this plan pays different kinds of <u>providers</u> .
Do I need a referral to see a <u>specialist</u> ?	Yes. All services outside of primary care with the exception of obstetrics and gynecology, mental health, chemical dependency, and optometry require a referral.	This plan will pay some or all of the costs to see a <u>specialist</u> for covered services but only if you have the plan's permission before you see the <u>specialist</u> .
Are there services this plan doesn't cover?	Yes.	Some of the services this plan doesn't cover are listed on page 5. See your policy or plan document for additional information about <u>excluded services</u> .



- **Co-payments** are fixed dollar amounts (for example, \$15) you pay for covered health care, usually when you receive the service.
- **Coinsurance** is your share of the costs of a covered service, calculated as a percent of the allowed amount for the service. For example, if the plan's allowed amount for an overnight hospital stay is \$1,000, your coinsurance payment of 20% would be \$200.
- The amount the plan pays for covered services is based on the **allowed amount**. If an out-of-network **provider** charges more than the **allowed amount**, you may have to pay the difference. For example, if an out-of-network hospital charges \$1,500 for an overnight stay and the **allowed amount** is \$1,000, you may have to pay the \$500 difference. (This is called **balance billing**.)
- This plan may encourage you to use **preferred providers** by charging you lower **deductibles**, **co-payments** and **co-insurance** amounts.

Common Medical Event	Services You May Need	Your cost if you use a Participating Provider	Your cost if you use a Non-Participating Provider	Limitations & Exceptions
If you visit a health care provider's office or clinic	Primary care visit to treat an injury or illness	\$3 copay/visit	Not Covered	_____none_____
	Specialist visit	\$3 copay/visit	Not Covered	Prior Authorization for services other than OB/GYN required or the service may not be covered. Chiropractic is not covered.
	Other practitioner office visit	\$10 copay/visit for acupuncture	Not Covered	
	Preventive care/screening/immunization	No charge.	Not Covered	_____none_____
If you have a test	Diagnostic test (x-ray, blood work)	No charge.	Not Covered	Prior authorization is required for certain services. Failure to obtain pre-authorization for non-emergency procedures may result in non-payment of benefits.
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	No charge.	Not Covered	Prior authorization is required for certain services. Failure to obtain pre-authorization for non-emergency procedures may result in non-payment of benefits.

Questions: Call SIMNSA at 619-407-4082 (in the U.S.) or 683 29 02 (in Mexico) or visit www.simnsa.com.

If you aren't clear about any of the underlined terms used in this form, see the Glossary.

You can view the Glossary at www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformglossary.pdf or call 619-407-4082 (U.S.) to request a copy.

SIMNSA P-5-5 Medical Plan

Coverage Period: 2016

Summary of Benefits and Coverage: What this Plan Covers & What it Costs

Coverage for: Individual/Family | Plan Type: HMO

Common Medical Event	Services You May Need	Your cost if you use a Participating Provider	Your cost if you use a Non-Participating Provider	Limitations & Exceptions
If you need drugs to treat your illness or condition For more information about <u>prescription drug coverage</u> call 683-29-02 (in Mexico) or 619-407-4082 (U.S.)	Generic drugs	\$5copay/prescription	Not Covered	Drugs, supplies, and supplements are covered when prescribed by a Plan <u>provider</u> and in accordance with Plan guidelines. Certain drugs are covered only for a 30-day supply in a 30 day period. No charge for contraceptives required under the Health Resources and Services Administration (HRSA) guidelines.
	Preferred brand drugs	\$5copay/prescription	Not Covered	
	Non-preferred brand drugs	\$5copay/prescription	Not Covered	Select drugs require prior authorization. Failure to obtain prior authorization may result in non-payment of benefits.
	Specialty drugs	\$5copay/prescription	Not Covered	
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	No charge.	Not Covered	Prior authorization is required. Failure to obtain prior authorization for non-emergency procedures may result in non-payment of benefits.
	Physician/surgeon fees	No charge.	Not Covered	
If you need immediate medical attention	Emergency room services	\$100 copay/visit	\$100 copay/visit	Copay is waived if you are admitted to the hospital.
	Emergency medical transportation	No charge.	No charge.	_____none_____
	Urgent care	\$25 copay/visit	\$50 copay/visit outside Mexico \$25 copay/visit in Mexico	_____none_____
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	No charge.	Not Covered	_____none_____
	Physician/surgeon fee	No charge.	Not Covered	Prior authorization is required. Failure to obtain prior authorization for non-emergency procedures may result in non-payment of benefits.

Questions: Call SIMNSA at 619-407-4082 (in the U.S.) or 683 29 02 (in Mexico) or visit www.simnsa.com.

If you aren't clear about any of the underlined terms used in this form, see the Glossary.

You can view the Glossary at www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformglossary.pdf or call 619-407-4082 (U.S.) to request a copy.

SIMNSA P-5-5 Medical Plan

Coverage Period: 2017

Summary of Benefits and Coverage: What this Plan Covers & What it Costs

Coverage for: Individual/Family | Plan Type: HMO

Common Medical Event	Services You May Need	Your cost if you use a Participating Provider	Your cost if you use a Non-Participating Provider	Limitations & Exceptions
If you have mental health, behavioral health, or substance abuse needs	Mental/behavioral health outpatient services	\$3 copay/visit No charge for "Other Items and Services"	Not Covered	_____none_____
	Mental/behavioral health inpatient services	No charge.	Not Covered	_____none_____
	Substance use disorder outpatient services	\$3 copay/visit No charge for "Other Items and Services"	Not Covered	_____none_____
	Substance use disorder inpatient services	No charge.	Not Covered	_____none_____
If you are pregnant	Prenatal and postnatal care	\$3 copay/visit	Not Covered	Normal prenatal visits and first post-natal visit is \$0 cost-share.
	Delivery and all inpatient services	No Charge.	Not Covered	_____none_____

Questions: Call SIMNSA at 619-407-4082 (in the U.S.) or 683 29 02 (in Mexico) or visit www.simnsa.com.

If you aren't clear about any of the underlined terms used in this form, see the Glossary.

You can view the Glossary at www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformglossary.pdf or call 619-407-4082 (U.S.) to request a copy.

SIMNSA P-5-5 Medical Plan

Coverage Period: 2017

Summary of Benefits and Coverage: What this Plan Covers & What it Costs

Coverage for: Individual/Family | Plan Type: HMO

Common Medical Event	Services You May Need	Your cost if you use a Participating Provider	Your cost if you use a Non-Participating Provider	Limitations & Exceptions
If you need help recovering or have other special health needs	Home health care	No Charge.	Not Covered	Since this Plan's Service Area is in Mexico, Home Health, Rehabilitation and Skilled Nursing services are only available in limited situations and prior authorization is required; please consult your plan document (also available at www.simnsa.com). Skilled Nursing Facilities are not available in the Plan's Service Area.
	Rehabilitation services	\$10 copay/visit	Not Covered	
	Habilitation services	\$10 copay/visit	Not Covered	
	Skilled nursing care	No Charge.	Not Covered	Must be in accordance with durable medical equipment formulary guidelines. Some equipment requires prior authorization.
	Durable medical equipment	No Charge.	Not Covered	Since this Plan's Service Area is in Mexico, Hospice Services are only available in limited situations; please consult your plan document (also available at www.simnsa.com) for more information.
	Hospice service	No Charge.	Not Covered	
If your child needs dental or eye care	Eye exam	\$3 copay/visit	Not Covered	Eye exams for the purpose of obtaining or maintaining contact lenses are not covered.
	Glasses	Not Covered	Not Covered	none
	Dental check-up	Not Covered	Not Covered	May be covered if dental policy is purchased by your employer. For more information please contact your employer or call us at (619) 407-4082 (in U.S.) or 683-29-02 (in Mexico).

Questions: Call SIMNSA at 619-407-4082 (in the U.S.) or 683 29 02 (in Mexico) or visit www.simnsa.com.

If you aren't clear about any of the underlined terms used in this form, see the Glossary.

You can view the Glossary at www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformglossary.pdf or call 619-407-4082 (U.S.) to request a copy.

Excluded Services & Other Covered Services:**Services Your Plan Does NOT Cover** (This isn't a complete list. Check your policy or plan document for other **excluded services**.)

- Chiropractic Care
- Cosmetic surgery
- Dental Care
- Hearing aids
- Infertility treatment
- Long term care
- Non-emergency care when traveling outside the Plan's Service Area in Mexico.
- Non-medically necessary services/treatment
- Private-duty nursing
- Weight loss programs

Other Covered Services (This isn't a complete list. Check your policy or plan document for other covered services and your costs for these services.)

- Acupuncture
- Bariatric Surgery (Prior authorization is required.)
- Routine eye examination (Adult) with limits.
- Routine Foot Care with limits.

Your Rights to Continue Coverage:

If you lose coverage under the plan, then, depending upon the circumstances, Federal and State laws may provide protections that allow you to keep health coverage. Any such rights may be limited in duration and will require you to pay a **premium**, which may be significantly higher than the premium you pay while covered under the plan. Other limitations on your rights to continue coverage may also apply.

For more information on your rights to continue coverage, contact **the Trust's/your employer's office at 1-619-849-1060**. You may also contact your state insurance department at 1-888-466-2219, the U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-3272 or www.dol.gov/ebsa, or the U.S. Department of Health and Human Services at 1-877-267-2323 x61565 or www.cciio.cms.gov.

Questions: Call SIMNSA at 619-407-4082 (in the U.S.) or 683 29 02 (in Mexico) or visit www.simnsa.com.

If you aren't clear about any of the underlined terms used in this form, see the Glossary.

You can view the Glossary at www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformglossary.pdf or call 619-407-4082 (U.S.) to request a copy.

Your Grievance and Appeals Rights:

If you have a complaint or are dissatisfied with a denial of coverage for claims under your plan, you may be able to appeal or file a grievance. For questions about your rights, this notice, or assistance, you can contact the plan at 619-407-4082 (U.S.), 683-29-02 (Mexico) or at www.simnsa.com. You may also contact your state consumer assistance program at 1-888-466-2219 (1-888-HMO-HELP).

Does this Coverage Provide Minimum Essential Coverage?

The Affordable Care Act requires most people to have health care coverage that qualifies as “minimum essential coverage.” **This plan or policy does provide minimum essential coverage.**

Does this Coverage Meet the Minimum Value Standard?

The Affordable Care Act establishes a minimum value standard of benefits of a health plan. The minimum value standard is 60% (actuarial value). **This health coverage does meet the minimum value standard for the benefits it provides.**

Language Access Services:

Español: Para obtener asistencia en Español, llame al 619-407-4082 (U.S.) o al 683-29-02 (Mexico).

To see examples of how this plan might cover costs for a sample medical situation, see the next page.

Questions: Call SIMNSA at 619-407-4082 (in the U.S.) or 683 29 02 (in Mexico) or visit www.simnsa.com.

If you aren't clear about any of the underlined terms used in this form, see the Glossary.

You can view the Glossary at www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformglossary.pdf or call 619-407-4082 (U.S.) to request a copy.

About these Coverage Examples:

These examples show how this plan might cover medical care in given situations. Use these examples to see, in general, how much financial protection a sample patient might get if they are covered under different plans.



This is not a cost estimator.

Don't use these examples to estimate your actual costs under this plan. The actual care you receive will be different from these examples, and the cost of that care will also be different.

See the next page for important information about these examples.

Having a baby (normal delivery)

- Amount owed to providers: \$3,600
- Plan pays \$3,600
- Patient pays \$0

Sample care costs:

Hospital charges (mother)	\$1,850
Routine obstetric care	\$900
Hospital charges (baby)	\$150
Anesthesia	\$300
Laboratory tests	\$125
Prescriptions	\$125
Radiology	\$100
Vaccines, other preventive	\$50
Total	\$3,600

Patient pays:

Deductibles	\$0
Co-pays	\$0
Co-insurance	\$0
Limits or exclusions	\$0
Total	\$0

Managing type 2 diabetes (routine maintenance of a well-controlled condition)

- Amount owed to providers: \$2,400
- Plan pays \$2,150
- Patient pays \$250

Sample care costs:

Prescriptions	\$970
Medical Equipment and Supplies	\$250
Office Visits and Procedures	\$780
Education	\$100
Laboratory tests	\$50
Vaccines, other preventive	\$0
Total	\$2,150

Patient pays:

Deductibles	\$0
Co-pays	\$250
Co-insurance	\$0
Limits or exclusions	\$0
Total	\$250

Questions: Call SIMNSA at 619-407-4082 (in the U.S.) or 683 29 02 (in Mexico) or visit www.simnsa.com.

If you aren't clear about any of the underlined terms used in this form, see the Glossary.

You can view the Glossary at www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformglossary.pdf or call 619-407-4082 (U.S.) to request a copy.

Questions and answers about the Coverage Examples:

What are some of the assumptions behind the Coverage Examples?

- Costs don't include premiums.
- Sample care costs are based on national averages supplied by the U.S. Department of Health and Human Services, and aren't specific to a particular geographic area or health plan.
- The patient's condition was not an excluded or preexisting condition.
- All services and treatments started and ended in the same coverage period.
- There are no other medical expenses for any member covered under this plan.
- Out-of-pocket expenses are based only on treating the condition in the example.
- The patient received all care from in-network providers. If the patient had received care from out-of-network providers, costs would have been higher.

What does a Coverage Example show?

For each treatment situation, the Coverage Example helps you see how deductibles, co-payments, and co-insurance can add up. It also helps you see what expenses might be left up to you to pay because the service or treatment isn't covered or payment is limited.

Does the Coverage Example predict my own care needs?

- ✗ **No.** Treatments shown are just examples. The care you would receive for this condition could be different based on your doctor's advice, your age, how serious your condition is, and many other factors.

Does the Coverage Example predict my future expenses?

- ✗ **No.** Coverage Examples are not cost estimators. You can't use the examples to estimate costs for an actual condition. They are for comparative purposes only. Your own costs will be different depending on the care you receive, the prices your providers charge, and the reimbursement your health plan allows.

Can I use Coverage Examples to compare plans?

- ✓ **Yes.** When you look at the Summary of Benefits and Coverage for other plans, you'll find the same Coverage Examples. When you compare plans, check the "Patient Pays" box in each example. The smaller that number, the more coverage the plan provides.

Are there other costs I should consider when comparing plans?

- ✓ **Yes.** An important cost is the premium you pay. Generally, the lower your premium, the more you'll pay in out-of-pocket costs, such as co-payments, deductibles, and co-insurance. You should also consider contributions to accounts such as health savings accounts (HSAs), flexible spending arrangements (FSAs) or health reimbursement accounts (HRAs) that help you pay out-of-pocket expenses.

Questions: Call SIMNSA at 619-407-4082 (in the U.S.) or 683 29 02 (in Mexico) or visit www.simnsa.com.

If you aren't clear about any of the underlined terms used in this form, see the Glossary.

You can view the Glossary at www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformglossary.pdf or call 619-407-4082 (U.S.) to request a copy.



Éste es solo un resumen. Si desea más información sobre la cobertura y los precios, puede obtener los documentos del plan o términos de la póliza en www.simnsa.com o llamando al 1-800-424-4652

La Red de SIMNSA es en México. Todos servicios de rutina deben ser proporcionada por los Proveedores de SIMNSA en México. SIMNSA solo cubre servicios recibidos en la USA cuando son servicios urgentes o de emergencia.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Qué es el <u>deducible</u> general?	\$0	Fíjese en el cuadro de la página 2 para averiguar cuánto debe pagar usted por los servicios cubiertos.
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	Usted no tiene que pagar <u>deducibles</u> para servicios específicos, pero debe consultar el cuadro que comienza en la página 2 para obtener los precios de otros servicios cubiertos por el plan.
¿Hay un límite para los <u>gastos de mi bolsillo</u> ?	Sí. Para proveedores participantes es \$6,350 por individuo y \$12,700 por familia.	El límite para los <u>gastos del bolsillo</u> es la cantidad máxima que usted pagará por los servicios cubiertos durante el período de cobertura. Este límite le permite planificar sus gastos médicos.
¿Cuáles son las <u>expensas que no cuentan para el límite de gastos del bolsillo</u> ?	Premios, los copagos para medicamentos e equipo médico duradero, y pago para servicios excluidos por este plan.	Si bien usted paga estos costos, los mismos no se tendrán en cuenta para el <u>límite de gastos del bolsillo</u> .
¿Hay un <u>límite anual</u> general para lo que paga el plan?	No.	El cuadro que comienza en la página 2 describe los límites de cobertura del plan para servicios <i>específicos</i> , como los límites al número de visitas médicas.
¿Tiene este plan una <u>red de proveedores</u> ?	Sí. Para obtener la lista de proveedores preferidos , consulte www.simnsa.com o llame 1-800-424-4652 o 619-407-4082 (U.S.), o 683 29 02 (México)	Si usted se atiende con médicos y proveedores de la red, el plan pagará muchos o todos los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que su médico u hospital de la red podría usar algún proveedor que no pertenezca a la red para algunos servicios. Los planes usan términos como perteneciente a la red , preferido o participante para referirse a los proveedores de la red del plan. Consulte el cuadro que comienza en la página 2 para averiguar cómo le paga este plan a sus distintos proveedores .
¿Necesito un <u>referido</u> para ver un <u>especialista</u> ?	Sí. Todos servicios aparte del cuidado primario al menos de obstétrico e ginecológico, salud mental, el tratamiento del abuso de sustancias e optometría requieren autorización.	Este plan pagará algunos o todos los costos de los servicios cubiertos de un especialista , solamente si usted tiene la autorización del plan para consultar al especialista .
¿Hay algún servicio(s) que el plan no cubra?	Sí.	Algunos servicios no cubiertos por este plan son listados en la página 5. Para averiguar cuáles son los servicios excluidos, vea los documentos del plan o póliza.



- **Copago** es una cantidad fija (por ejemplo \$15) que usted paga por los servicios médicos cubiertos, generalmente al momento de recibirlos.
- **Coseguro** es la parte que le corresponde pagar a *usted* por un servicio cubierto, que es un porcentaje de la **cantidad aprobada** para dicho servicio. Por ejemplo, si la **cantidad aprobada** por el plan para pasar la noche en el hospital es \$1,000, su coseguro será el 20% de esa cantidad o sea \$200. Esta cantidad puede cambiar si usted aún no ha pagado el **deducible**.
- El pago del plan por los servicios cubiertos está basado en la **cantidad aprobada**. Si un **proveedor** fuera de la red (que no pertenece a la red del plan) le cobra más de la **cantidad aprobada**, usted tendrá que pagar la diferencia. Por ejemplo, en un hospital que no pertenece a la red le cobran por pasar la noche internado \$1,500 la **cantidad aprobada** es \$1,000, usted tendrá que pagar la diferencia de \$500 (conocida como **saldo de facturación**.)
- El plan puede animarlo a que use **proveedores preferidos** cobrándole **deducibles**, **copagos** o **coseguro** más bajos.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
Si se atiende en la clínica o consultorio del proveedor médico	Consulta con su médico principal para tratar una condición o herida	\$3 copago/visita	No Cubierto	ninguno
	Consulta con un especialista	\$3 copago/visita	No Cubierto	Autorización anterior requerida aparte de servicios de OB/GYN o el servicio puede ser excluido. Quiropráctico e acupuntura no son cubiertos.
	Consulta con otro proveedor de la salud	\$10 copago/visita para acupuntura	No Cubierto	
	Servicios preventivos/evaluaciones/vacunas	Sin costo	No Cubierto	ninguno
Si tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Sin costo	No Cubierto	Autorización previa es necesaria para ciertos servicios. Sin obtener autorización previa para procedimientos de emergencia puede resultar en falta de pago de beneficios.
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	Sin costo	No Cubierto	Autorización previa es necesaria para ciertos servicios. Sin obtener autorización previa para procedimientos de emergencia puede resultar en falta de pago de beneficios.

Preguntas: Llame al 619-407-4082 (en la USA) o al 683 29 02 (en Mexico) o visite www.simnsa.com.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformglossary.pdf

o llame al 1-619-407-4082 (U.S.) y pida una copia.

SIMNSA P-5-5 Plan Medico

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los precios

Duración de la póliza: 2017

Cobertura de: Individuo/Familia | Tipo de plan: HMO

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
Si necesita un medicamento Para más información sobre la <u>cobertura de medicamentos</u> visite www.simnsa.com .	Medicamentos genéricos	\$5 copago/receta	No Cubierto	Los Medicamentos, suministros y suplementos están cubiertos cuando son recetados por un <u>proveedor</u> del Plan y de acuerdo con las pautas del Plan. La cobertura de ciertos medicamentos solo Cubre una dosis de 30 días durante un periodo de 30 días. No hay cobro por anticonceptivos requeridos bajo las normas de Health Resources and Services Administration (HRSA). Medicamentos Seleccionados requieren autorización previa Sin obtener autorización previa para procedimientos de emergencia puede resultar en falta de pago de beneficios.
	Medicamentos de marca preferidos	\$5 copago/receta	No Cubierto	
	Medicamentos de marca no preferidos	\$5 copago/receta	No Cubierto	
	Medicamentos especiales	\$5 copago/receta	No Cubierto	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (clínica)	Sin costo	No Cubierto	Autorización previa es necesaria para ciertos servicios. Sin obtener autorización previa para procedimientos de emergencia puede resultar en falta de pago de beneficios.
	Tarifa del médico/cirujano	Sin costo	No Cubierto	

Preguntas: Llame al 619-407-4082 (en la USA) o al 683 29 02 (en Mexico) o visite www.simnsa.com.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformglossary.pdf

o llame al 1-619-407-4082 (U.S.) y pida una copia.

SIMNSA P-5-5 Plan Medico

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los precios

Duración de la póliza: 2017

Cobertura de: Individuo/Familia | Tipo de plan: HMO

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
Si necesita atención inmediata	Servicios de la sala de emergencias	\$100 copago/visita	\$100 copago/visita	Se condona el copago si usted es admitido al hospital.
	Traslado médico de emergencia	Sin costo	Sin costo	ninguno
	Cuidado urgente	\$25 copago/visita	\$50 copago/visita fuera de México \$25 copago/visita en México	ninguno
Si lo admiten al hospital	Arancel del hospital (habitación)	Sin costo	No Cubierto	ninguno
	Tarifa del médico/cirujano	Sin costo	No Cubierto	Autorización previa es necesaria para ciertos servicios. Sin obtener autorización previa para procedimientos de emergencia puede resultar en falta de pago de beneficios.
Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta	\$3 copago/visita No cargo para "Otros artículos y servicios"	No Cubierto	ninguno
	Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados	Sin costo	No Cubierto	ninguno
	Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias	\$3 copago/visita No cargo para "Otros artículos y servicios"	No Cubierto	ninguno
	Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados	Sin costo	No Cubierto	ninguno

Preguntas: Llame al 619-407-4082 (en la USA) o al 683 29 02 (en Mexico) o visite www.simnsa.com.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformglossary.pdf

o llame al 1-619-407-4082 (U.S.) y pida una copia.

SIMNSA P-5-5 Plan Medico

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los precios

Duración de la póliza: 2017

Cobertura de: Individuo/Familia | Tipo de plan: HMO

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
Si está embarazada	Cuidados prenatales y post parto	\$3 copago/visita	No Cubierto	Las visitas normales prenatales y la primera visita post parto es de \$0 costo compartido.
	Parto y todos los servicios de internación	Sin costo	No Cubierto	ninguno
Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales	Cuidado de la salud en el hogar	Sin costo	No Cubierto	Como el Área de Servicio del Plan es en México, servicios de salud en el hogar, de rehabilitación, y de recuperación de las habilidades estén disponibles en situaciones limitadas y se requiere autorización previa; favor de consultar sus documentos del plan (al www.simnsa.com). Centros de recuperación de las habilidades no son dispuestos en el Área del Plan.
	Servicios de rehabilitación	\$10 copago/visita	No Cubierto	
	Servicios de recuperación de las habilidades	\$10 copago/visita	No Cubierto	
	Cuidado de enfermería especializado	Sin costo	No Cubierto	
	Equipo médico duradero	Sin costo	No Cubierto	Necesita cumplir con las pautas del cuadro básico de equipo médico duradero. Algunos equipos requieren autorización previa.
	Cuidado de hospicio	Sin costo	No Cubierto	Como el Área de Servicio del Plan es en México, servicios de cuidado de hospicio solamente estén disponibles en situaciones limitadas; favor de consultar sus documentos del plan (al www.simnsa.com) para mas información.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista	\$3 copago/visita	No Cubierto	Exámenes de la vista para obtener o mantener lentes de contacto no son cubiertos.
	Anteojos	No Cubierto	No Cubierto	ninguno

Preguntas: Llame al 619-407-4082 (en la USA) o al 683 29 02 (en Mexico) o visite www.simnsa.com.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformglossary.pdf

o llame al 1-619-407-4082 (U.S.) y pida una copia.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
	Consulta dental	No Cubierto	No Cubierto	Puede ser cubierto si su empleo compra una póliza dental. Para más información, favor de contactar su empleo o llámanos al (619) 407-4082 (U.S.) o 683-29-02 (México).

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Los servicios que su plan NO cubre. (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan para más información.)		
- Quiropráctico - Cirugía Plástica - Servicios Dentales - Aparatos auditivos - Tratamiento de Infertilidad	- Cuidado a largo plazo - Cuidado médico que no sea de emergencia al viajar fuera del Área de Servicio del Plan en México. - Servicios/tratamiento que no sean medicamento necesarios. - Servicio de enfermería privada.	Programas para perder peso

Preguntas: Llame al 619-407-4082 (en la USA) o al 683 29 02 (en Mexico) o visite www.simnsa.com.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformglossary.pdf o llame al 1-619-407-4082 (U.S.) y pida una copia.

Otros servicios cubiertos. (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan para otros servicios cubiertos y sus precios.)

- Acupuntura
- Cirugía Bariátrica (Se requiere autorización previa)
- Examen rutinario de los ojos (adultos) con límites.
- Cuidado rutinario de los pies con límites.

Su derecho para continuar con la cobertura:

Si usted pierde su cobertura bajo el plan, y dependiendo de las circunstancias, las leyes federales y estatales pudieran brindarle protección que le permitiría continuar con su cobertura de seguro médico. Dichos derechos pudieran estar regidos por un límite de duración y requerir que usted pague una **prima**, que pudiera ser mucho más que la prima que usted paga al contar con cobertura bajo el plan. Además pudieran aplicar otras limitantes en cuestión de sus derechos referentes a la continuación de su cobertura.

Para mayores informes acerca de sus derechos para continuar con cobertura, favor de comunicarse con **619-849-1060** Además usted se puede **comunicar con el departamento** de seguros estatal al 1-888-466-2219, el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, Sección de Prestaciones del Empleado (Employee Benefits Security Administración), al 1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa, o el Departamento de Servicios de Salud de los Estados Unidos al 1-877-267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov.

Su derecho a presentar una queja o una apelación:

Si tiene una queja o no está conforme con una denegación de cobertura de su plan, puede **apelar** la decisión o presentar una **queja**. Si tiene preguntas sobre sus derechos, este aviso, o necesita ayuda comuníquese con el plan al 619-407-4082 (U.S.), 683-29-02 (México) o vía www.simnsa.com. También puede comunicar con la agencia del estado al 1-888-466-2219 (1-888-HMO-HELP).

¿Provee Cobertura Esencial Mínima esta Cobertura?

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio requiere que la mayoría de las personas tengan cobertura de atención médica que cumpla los requisitos de ser “cobertura esencial mínima.” **Este plan o esta póliza ofrece cobertura esencial mínima.**

¿Satisface esta Cobertura el Estándar de Valor Mínimo?

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio establece un estándar de valor mínimo para los beneficios de un plan médico. **El estándar de valor mínimo es 60% (valor actuario). Esta cobertura médica cumple el estándar de valor mínimo para los beneficios que provee.**

Para ejemplos sobre cómo este plan paga por los servicios en una situación médica específica consulte la página siguiente.

Preguntas: Llame al **619-407-4082** (en la USA) o al **683 29 02** (en Mexico) o visite www.simnsa.com.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformglossary.pdf o llame al 1-619-407-4082 (U.S.) y pida una copia.

Sobre los ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos le muestran cómo cubriría el plan los servicios en situaciones distintas. Úselos para tener una idea de cuánta cobertura económica podría obtener el paciente del ejemplo de los distintos planes.



Ésta no es una herramienta de cálculo de costos

No use estos ejemplos para calcular los costos reales de su plan. Los servicios médicos que usted reciba y los precios pueden ser distintos a los mencionados en los ejemplos.

Para información importante sobre estos ejemplos, consulte la página siguiente.

Nacimiento (parto normal)

- **El proveedor cobra:** \$3,600
- **El plan paga:** \$3,600
- **Usted paga:** \$0

Ejemplos de los costos:

El costo del hospital (madre)	\$1,850
Atención de rutina del obstetra	\$900
El costo del hospital (bebe)	\$150
Anestesia	\$300
Análisis de laboratorio	\$125
Medicamentos	\$125
Radiografías	\$100
Vacunas y otros servicios preventivos	\$50
Total	\$3,600

El paciente paga:

Deducibles	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Límites o exclusiones	\$0
Total	\$0

Control de la diabetes (control rutinario de la enfermedad)

- **El proveedor cobra:** \$2,400
- **El plan paga:** \$2,150
- **Usted paga:** \$250

Ejemplo de los costos:

Medicamentos	\$970
Equipo médico e insumos	\$250
Visitas al consultorios y procedimientos médicos	\$780
Educación sobre el cuidado	\$100
Análisis de laboratorio	\$50
Vacunas y otros servicios preventivos	\$0
Total	\$2,150

El paciente paga:

Deducibles	\$0
Copagos	\$250
Coseguro	\$0
Límites o exclusiones	\$0
Total	\$250

Preguntas: Llame al 619-407-4082 (en la USA) o al 683 29 02 (en Mexico) o visite www.simnsa.com.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformglossary.pdf

o llame al 1-619-407-4082 (U.S.) y pida una copia.

Preguntas y respuestas sobre los ejemplos mencionados:

¿Qué conceptos se presuponen de estos ejemplos?

- Los costos no incluyen las **primas**.
- Los ejemplos de costos están basados en los promedios nacionales provenientes del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. y que no son específicos para una zona geográfica o un plan.
- La afección del paciente no es una condición excluida ni preexistente.
- Todos los servicios y tratamientos empezaron y terminaron en el mismo período de cobertura.
- No hay otros gastos médicos para ningún miembro cubierto por este plan.
- Los gastos del bolsillo están basados solamente en el tratamiento del problema mencionado en el ejemplo.
- El paciente recibió todos los servicios de **proveedores** de la red del plan. Si el paciente hubiese recibido los servicios de **proveedores** fuera de la red, los costos hubieran sido más altos.

¿Qué muestra el ejemplo?

En cada ejemplo usted verá cómo suman los **deducibles**, **copagos** y **coseguro**. También le ayudan a ver cuáles son los gastos que tendrá que pagar usted porque no están cubiertos o porque el pago es limitado.

¿Contempla el ejemplo mis propias necesidades?

✗ **No.** Los tratamientos que mencionamos son solo ejemplos. El tratamiento que usted podría recibir para esta condición tal vez sea distinto, según cuál sea el consejo de su médico, su edad, la gravedad de su caso y otros factores.

¿Puede el ejemplo predecir mis gastos futuros?

✗ **No.** Los ejemplos de cobertura **no** son herramientas de cálculo de costos. Usted no puede usar el ejemplo para estimar el costo del cuidado de su condición. El ejemplo es únicamente para fines comparativos. Sus costos reales dependerán de los servicios que reciba, del precio del **proveedor** y del reembolso que autorice el plan.

¿Puedo usar los ejemplos para comparar los planes?

✓ **Sí.** Cuando usted se fija en el Resumen de Beneficios y Cobertura de otros planes, encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Cuando compare los planes, fíjese en el casillero titulado “Usted paga” de cada ejemplo. Cuanto más bajo el número, mayor será la cobertura ofrecida por el plan.

¿Debo tener en cuenta otros costos al comparar los planes?

✓ **Sí.** Un gasto importante es lo que paga de **prima**. Por lo general, cuanto más baja sea la **prima** mayores serán los gastos de su bolsillo, como los **copagos**, **deducibles** y **coseguro**. También debe tener en cuenta las contribuciones a cuentas tales como las Cuentas de Ahorros Médicos (HSA), Acuerdos de Gastos Flexibles (FSA) o las Cuentas de Reembolsos Médicos (HRA) que le ayudan con los gastos del bolsillo.



The Summary of Benefits and Coverage (SBC) document will help you choose a health [plan](#). The SBC shows you how you and the [plan](#) would share the cost for covered health care services. NOTE: Information about the cost of this [plan](#) (called the [premium](#)) will be provided separately.

This is only a summary. For more information about your coverage, or to get a copy of the complete terms of coverage see www.kp.org/plandocuments or call 1-800-278-3296 (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 <https://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 deductible ?	\$0.	See the Common Medical Events chart below for your costs for services this plan covers.
Are there services covered before you meet your deductible ?	Not Applicable.	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 ?	\$1,500 Individual / \$3,000 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 1-800-278-3296 (TTY: 711) for a list of network providers .	This plan uses a provider network . You will pay less if you use a provider in the plan's network . You will pay the most if you use an out-of-network provider , and you might receive a bill from a provider for the difference between the provider's charge and what your plan pays (balance billing). Be aware, your network providers might use an out-of-network provider for some services (such as lab work). Check with your provider before you get services.
Do you need a referral to see a specialist ?	Yes, but you may self-refer to certain specialists .	This plan will pay some or all of the costs to see a specialist for covered services but only if you have a referral before you see the specialist .

 All copayment and coinsurance costs shown in this chart are after your deductible has been met, if a deductible applies.					
Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay Plan Provider (You will pay the least)	What You Will Pay Non-Plan 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	Not Covered	None	
	Specialist visit	\$20 / visit	Not Covered	Services related to infertility covered at 50% coinsurance / visit.	
	Preventive care/screening/immunization	No Charge	Not Covered	You may have to pay for services that aren't preventive . Ask your provider if the services you need are preventive. Then check what your plan will pay for.	
If you have a test	Diagnostic test (x-ray, blood work)	No Charge	Not Covered	None	
	Imaging (CT/PET scans, MRI's)	No Charge	Not Covered	None	
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	Plan pharmacy: \$15 / prescription for 1 to 30 days; Mail order: Usually two times the plan pharmacy cost sharing for up to a 100-day supply	Not Covered	In accordance with formulary guidelines. Certain drugs may be covered at a different cost share.	
	Preferred brand drugs	Plan pharmacy: \$30 / prescription for 1 to 30 days; Mail order: Usually two times the plan pharmacy cost sharing for up to a 100-day supply	Not Covered	In accordance with formulary guidelines. Certain drugs may be covered at a different cost share.	
	Non-preferred brand drugs	Same as preferred brand drugs	Not Covered	Same as preferred brand drugs when approved through exception process.	
	Specialty drugs	Same as preferred brand drugs	Not Covered	Same as preferred brand drugs when approved through exception process.	

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay Plan Provider (You will pay the least)	What You Will Pay Non-Plan Provider (You will pay the most)	Limitations, Exceptions & Other Important Information
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	\$50 / procedure	Not Covered	None
	Physician/surgeon fees	No Charge	Not Covered	None
If you need immediate medical attention	Emergency room care	\$100 / visit	\$100 / visit	None
	Emergency medical transportation	No Charge	No Charge	None
	Urgent care	\$20 / visit	\$20 / visit	Non- Plan providers covered when outside the service area.
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	\$250 / admission	Not Covered	None
	Physician/surgeon fee	No Charge	Not Covered	None
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	Mental / Behavioral Health: \$20 / individual visit. No Charge for other outpatient services; Substance Abuse: \$20 / individual visit. \$5 / day for other outpatient services	Not Covered	Mental / Behavioral Health: \$10 / group visit; Substance Abuse: \$5 / group visit.
	Inpatient services	\$250 / admission	Not Covered	None

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay Plan Provider (You will pay the least)	What You Will Pay Non-Plan Provider (You will pay the most)	Limitations, Exceptions & Other Important Information
If you are pregnant	Office visits	No Charge	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	\$250 / admission	Not Covered	None
	Childbirth/delivery facility services	\$250 / admission	Not Covered	None
	Home health care	No Charge	Not Covered	Up to 2 hours maximum / visit, up to 3 visits maximum / day, up to 100 visits maximum / year.
If you need help recovering or have other special health needs	Rehabilitation services	Inpatient: \$250 / admission; Outpatient: \$20 / visit	Not Covered	None
	Habilitation services	\$20 / visit	Not Covered	None
	Skilled nursing care	No Charge	Not Covered	Up to 100 days maximum / benefit period.
	Durable medical equipment	No Charge	Not Covered	Must be in accordance with formulary guidelines. Requires prior authorization.
	Hospice service	No Charge	Not Covered	Limited to diagnoses of a terminal illness with a life expectancy of twelve months or less.
	Children's eye exam	No Charge	Not Covered	None
If your child needs dental or eye care	Children's glasses	Not Covered	Not Covered	None
	Children's dental check-up	Not Covered	Not Covered	You may have other dental coverage not described here.

Excluded Services & Other Covered Services:

Services Your Plan Generally Does NOT Cover (Check your policy or plan document for more information and a list of any other excluded services .)		
• Chiropractic care • Cosmetic surgery • Dental care (Adult)	• Hearing aids • Long-term care • Non-emergency care when traveling outside the U.S.	• Private-duty nursing • Routine foot care unless medically necessary • Weight loss programs
Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list. Please see your plan document.)		
• Acupuncture (plan provider referred) • Bariatric surgery	• Infertility treatment	• Routine eye care (Adult)

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

Your Grievance and Appeals Rights: There are agencies that can help if you have a complaint against your [plan](#) for a denial of a [claim](#). This complaint is called a [grievance](#) or [appeal](#). For more information about your rights, look at the explanation of benefits you will receive for that medical [claim](#). Your [plan](#) documents also provide complete information 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 agency in the chart below. Additionally, a consumer assistance program can help you file your appeal. Contact the California Department of Managed Health Care and Department of Insurance at 980 9th St, Suite #500 Sacramento, CA 95814, 1-888-466-2219 or [http://www.HealthHelp.ca.gov](#).

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

Kaiser Permanente Member Services	1-800-278-3296 (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.ccio.cms.gov
California Department of Insurance	1-800-927-HELP (4357) or www.insurance.ca.gov
California Department of Managed Healthcare	1-888-466-2219 or www.healthhelp.ca.gov/

Does this plan provide Minimum Essential Coverage? Yes

If you don't have [Minimum Essential Coverage](#) for a month, you'll have to make a payment when you file your tax return unless you qualify for an exemption from the requirement that you have health coverage for that month.

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)

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)

NAVAJO (Dine): Dine'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 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)		Managing Joe's type 2 Diabetes (a year of routine in-network care of a well-controlled condition)		Mia's Simple Fracture (in-network emergency room visit and follow up care)	
■ The plan's overall deductible \$0 ■ Specialist copayment \$20 ■ Hospital (facility) copayment \$250 ■ Other (blood work) copayment \$0	■ The plan's overall deductible \$0 ■ Specialist copayment \$20 ■ Hospital (facility) copayment \$250 ■ Other (blood work) copayment \$0	■ The plan's overall deductible \$0 ■ Specialist copayment \$20 ■ Hospital (facility) copayment \$250 ■ Other (x-ray) copayment \$0			
This EXAMPLE event includes services like: Specialist office visits (<i>prenatal care</i>) Childbirth/Delivery Professional Services Childbirth/Delivery Facility Services Diagnostic tests (<i>ultrasounds and blood work</i>) Specialist visit (<i>anesthesia</i>)		This EXAMPLE event includes services like: Primary care physician office visits (<i>including disease education</i>) Diagnostic tests (<i>blood work</i>) Prescription drugs Durable medical equipment (<i>glucose meter</i>)		This EXAMPLE event includes services like: Emergency room care (<i>including medical supplies</i>) Durable medical equipment (<i>crutches</i>) Diagnostic test (<i>x-ray</i>) Rehabilitation services (<i>physical therapy</i>)	
Total Example Cost	\$12,800	Total Example Cost	\$7,400	Total Example Cost	\$1,900
In this example, Peg would pay:		In this example, Joe would pay:		In this example, Mia would pay:	
Cost Sharing		Cost Sharing		Cost Sharing	
Deductibles	\$0	Deductibles	\$0	Deductibles	\$0
Copays	\$800	Copays	\$1,100	Copays	\$200
Coinsurance	\$0	Coinsurance	\$0	Coinsurance	\$0
What isn't covered		What isn't covered		What isn't covered	
Limits or exclusions	\$60	Limits or exclusions	\$50	Limits or exclusions	\$0
The total Peg would pay is	\$860	The total Joe would pay is	\$1,150	The total Mia would pay is	\$200

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

This page is intentionally left blank.

Kaiser Permanente does not discriminate on the basis of age, race, ethnicity, color, national origin, cultural background, ancestry, religion, sex, gender identity, gender expression, sexual orientation, marital status, physical or mental disability, source of payment, genetic information, citizenship, primary language, or immigration status.

Language assistance services are available from our Member Services Contact Center 24 hours a day, seven days a week (except closed holidays). Interpreter services, including sign language, are available at no cost to you during all hours of operation. We can also provide you, your family, and friends with any special assistance needed to access our facilities and services. In addition, you may request health plan materials translated in your language, and may also request these materials in large text or in other formats to accommodate your needs. For more information, call **1-800-464-4000** (TTY users call **711**).

A grievance is any expression of dissatisfaction expressed by you or your authorized representative through the grievance process. A grievance includes a complaint or an appeal. For example, if you believe that we have discriminated against you, you can file a grievance. Please refer to your *Evidence of Coverage* or *Certificate of Insurance*, or speak with a Member Services representative for the dispute resolution options that apply to you. This is especially important if you are a Medicare, MediCal, MRMIP, MediCal Access, FEHBP, or CalPERS member because you have different dispute resolution options available.

You may submit a grievance in the following ways:

- By completing a Complaint or Benefit Claim/Request form at a Member Services office located at a Plan Facility (please refer to *Your Guidebook* for addresses)
- By mailing your written grievance to a Member Services office at a Plan Facility (please refer to *Your Guidebook* for addresses)
- By calling our Member Service Contact Center toll free at **1-800-464-4000** (TTY users call **711**)
- By completing the grievance form on our website at kp.org

Please call our Member Service Contact Center if you need help submitting a grievance.

The Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator will be notified of all grievances related to discrimination on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability. You may also contact the Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator directly at One Kaiser Plaza, 12th Floor, Suite 1223, Oakland, CA 94612.

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 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, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

This page is intentionally left blank.

Language Assistance Services

English: We provide interpreter services at no cost to you, 24 hours a day, 7 days a week, during all hours of operation. You can have an interpreter help answer your questions about our health care coverage. You can also request materials translated in your language at no cost to you. Just call us at **1-800-464-4000**, 24 hours a day, 7 days a week (closed holidays). TTY users call **711**.

Arabic: نؤمن خدمات الترجمة الفورية مجاناً لك على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع طوال ساعات العمل، بإمكانك طلب مساعدة المترجم الفوري للإجابة على كافة أسئلتك حول التغطية الصحية التي تقدمها. بالإضافة إلى ذلك، يمكنك طلب ترجمة الوثائق الطبية للغتك مجاناً. ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم **1-800-464-4000** على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع (مغلق أيام العطلات). لمستخدمي خدمة الهاتف النصي يرجى الاتصال على الرقم **(711)**.

Armenian: Մենք օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր, մեր աշխատանքի բոլոր ժամերին ձեզ համար անվճար բանավոր թարգմանչի ծառայություններ ենք տրամադրում: Թարգմանչի օգնությանը հույս կարող եք պատասխան ստանալ ձեր հարցերին՝ մեր կողմից տրամադրվող առողջության ապահովագրության վերաբերյալ: Կարող եք նաև ձեր լեզվով թարգմանված գրավոր նյութեր խնդրել, որոնք ձեզ համար անվճար են: Դարգապես զանգահարեք մեզ՝ **1-800-464-4000** հեռախոսահամարով՝ օրը 24 ժամ՝ շաբաթը 7 օր (տոն օրերին փակ է): TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն **711** համարով:

Farsi: ما خدمات مترجم شفاهی را در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته در طول همه ساعات کاری بدون اخذ هزینه در اختیار شما قرار می دهیم. شما می توانید برای کمک در پاسخگویی به سوالات خود در مورد پوشش مراقبت درمانی ما از یک مترجم شفاهی بهره مند شوید. همچنین می توانید درخواست کنید که همه جزوات بدون اخذ هزینه به زبان شما ترجمه شوند. کابینت در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته (به استثنای روزهای تعطیل) با ما به شماره **1-800-464-4000** تماس بگیرید. کاربران TTY با شماره **711** تماس بگیرند

Hindi: हम संचालन के सभी घंटों के दौरान आपको बिना किसी लागत के दुभाषिया सेवाएँ, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन प्रदान करते हैं। आप हमारी स्वास्थ्य देखभाल कवरेज के बारे में आपके प्रश्नों के जवाब के लिए एक दुभाषिये की सहायता ले सकते हैं। आप बिना किसी लागत के सामग्रियों को अपनी भाषा में अनुवाद करवाने के लिए अनुरोध भी कर सकते हैं। बस केवल हमें **1-800-464-4000** पर, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन (छुट्टियों वाले दिन बंद रहता है) कॉल करें। TTY उपयोगकर्ता **711** पर कॉल करें।

Hmong: Peb muaj neeg txhais lus pub dawb rau koj, 24 teev ib hnub twg, 7 hnub ib lim tiam twg, thawm cov sij hawm qhib ua lag luam. Koj muaj tau ib tug neeg txhais lus los pab teb koj cov lus nug txog peb cov kev pab them nqi kho mob. Koj thov tau kom muab cov ntaub ntawv txhais uas koj hom lus pub dawb rau koj. Tsuas hu rau **1-800-464-4000**, 24 teev ib hnub twg, 7 hnub ib lim tiam twg (cov hnub caiv kaw). Cov neeg siv TTY hu 711.

Japanese: 当院では、全診療時間を通じて、通訳サービスを無料で、年中無休、終日 ご利用いただけます。当院の医療内容についてのご質問および回答には、通訳がお手伝いいたします。また、日本語に翻訳された資料を無料で請求できます。お気軽に **1-800-464-4000** までお電話ください（祭日を除き年中無休）。TTY ユーザーは 711 にお電話ください。

Khmer: យើងផ្តល់សេវាបកប្រែ ដោយឥតគិតថ្លៃដល់អ្នកឡើយ 24 ម៉ោង មួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ ក្នុងអំឡុងម៉ោងធ្វើការទាំងអស់។ អ្នកអាចមានអ្នកបកប្រែ ជើងថ្លៃដើម្បីបកប្រែសំណួររបស់អ្នក អំពីការវាស់វែងថ្លៃទាសខ្សាច់ របស់យើង។ អ្នកក៏អាច ស្នើសុំសេវាផ្តល់ជូនបានបកប្រែជាភាសាខ្មែរ ដោយឥតគិតថ្លៃដល់អ្នកដែរ។ គ្រាន់តែ ទូរស័ព្ទមកយើង តាមលេខ **1-800-464-4000** បាន 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ (បើទីថ្ងៃបុណ្យ)។ អ្នកប្រើ TTY ហៅលេខ **711** ។

Korean: 업무 시간 동안에는 요일 및 시간에 관계없이 통역 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 통역의 도움을 받아 건강 보험 혜택에 관하여 질문하고 답변을 들으실 수 있습니다. 또한, 귀하가 사용하는 언어로 번역된 자료를 요청해 무료로 제공 받으실 수 있습니다. 요일 및 시간에 관계없이 **1-800-464-4000**번으로 전화해 문의하십시오(공휴일 휴무). TTY 사용자 번호 **711**.

Navajo: Nihí ata' halné'é áká'adoolwolígíí nihei hóól t'áá jík'é, t'áá naadiin díí' ahéé'íilkeedgo, tsosts'id yiskáají', ndá'anishgo oolkít biyí' góné. Ata' halné'é níká'adoolwol na'ídikid nee hóológó díí ats'íís baa áháyáá bik'éstí'ígíí biná'ídikidgo. Áádóó áldó' naaltsoos lá t'áá ní nizaad k'ehji álnéehgo t'áá jík'é ádoolnít. Nihích'í' hodílnih kojí' **1-800-464-4000** jíggo dóó t'ée' midí, tsosts'id yiskáají' dimoo na'adleejij' (Holidaysgo éí da'deelkaal) doo da'diits'a'ígí chodayool'ínígíí kojí' hodílnih **711**

Punjabi: ਅਸੀਂ ਕਾਰਵਾਈ ਦੇ ਸਾਰੇ ਘੰਟਿਆਂ ਦੇ ਦੌਰਾਨ, ਤੁਹਾਡੂੰ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੀ ਲਾਗਤ ਦੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ, ਦੁਝਾਸੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤੀਆਂ ਕਰਵਾਉਂਦੇ ਹਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਦੇ ਹੋ ਜਦੋਂ ਅਪਣੇ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਲਈ ਇੱਕ ਦੁਝਾਸੀਏ ਦੀ ਮਦਦ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੀ ਲਾਗਤ ਦੇ ਸਮੱਗਰੀਆਂ ਨੂੰ ਅਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਅਨੁਵਾਦ ਕਰਵਾਉਣ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਬਸ ਸਿਰਫ ਸਾਨੂੰ **1-800-464-4000** ਤੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ (ਛੁੱਟੀਆਂ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਬੰਦ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ) ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। TTY'ਚ ਉਪਯੋਗ ਕਰਨ ਵਾਲੇ **711** 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰਨ।

Russian: Мы всегда в часы работы обеспечиваем Вас услугами устного переводчика, 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Чтобы получить ответы на свои вопросы о нашем страховом покрытии услуг здравоохранения, Вы можете воспользоваться помощью устного переводчика. Вы также можете запросить бесплатный перевод материалов на Ваш язык. Просто позвоните нам по телефону **1-800-464-4000**, который доступен 24 часа в сутки, 7 дней в неделю (кроме праздничных дней). Пользователи линии TTY могут звонить по номеру **711**.

Spanish: Ofrecemos servicios de traducción al español sin costo alguno para usted durante todo el horario de atención, 24 horas al día, siete días a la semana. Puede contar con la ayuda de un intérprete para responder las preguntas que tenga sobre nuestra cobertura de atención médica. Además, puede solicitar que los materiales se traduzcan a su idioma sin costo alguno. Solo llame al **1-800-788-0616**, 24 horas al día, siete días a la semana (cerrado los días festivos). Los usuarios de TTY, deben llamar al **711**.

Tagalog: May magagamit na mga serbisyo ng tagasalin ng wika nang wala kang babayaran, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo, sa lahat oras ng trabaho. Makakatulong ang tagasalin ng wika sa pagsagot sa mga tanong mo tungkol sa iyong coverage sa pangangalagang pangkalusugan. Maaari kang humingi ng mga babasahin na isinalin sa iyong wika nang wala kang babayaran. Tawagan lamang kami sa **1-800-464-4000**, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo (sarado sa mga pista opisyal). Ang mga gumagamit ng TTY ay maaaring tumawag sa **711**.

Thai: เรามีบริการล่ามฟรีสำหรับคุณตลอด 24 ชั่วโมง ทุกวันตลอดชั่วโมงทำการของเราคุณสามารถขอให้ล่ามช่วยตอบคำถามของคุณที่เกี่ยวข้องกับความคุ้มครองการดูแลสุขภาพของเราและคุณยังสามารถขอให้มีการแปลเอกสารเป็นภาษาที่คุณใช้ได้โดยไม่ต้องมีการคิดค่าบริการเพียงโทรหาเราที่หมายเลข **1-800-464-4000** ตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน (ปิดให้บริการในวันหยุดราชการ) ผู้ใช้ TTY โปรดโทรไปที่ **711**

Chinese: 我們每週 7 天，每天 24 小時在所有營業時間內免費為您提供口譯服務。您可以請口譯員協助回答有關我們健康保險的問題。您也可以免費索取翻譯成您所用語言的資料。我們每週 7 天，每天 24 小時均歡迎您打電話 **1-800-757-7585** 前來聯絡（節假日 休息）。聽障及語障專線 (TTY) 使用者請撥 **711**。

Vietnamese: Chúng tôi cung cấp dịch vụ thông dịch miễn phí cho quý vị 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần, trong tất cả các giờ làm việc. Quý vị có thể được thông dịch viên giúp trả lời thắc mắc về quyền lợi bảo hiểm sức khỏe của chúng tôi. Quý vị cũng có thể yêu cầu được cấp miễn phí tài liệu phiên dịch ra ngôn ngữ của quý vị. Chỉ cần gọi cho chúng tôi tại số **1-800-464-4000**, 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần (trừ các ngày lễ). Người dùng TTY xin gọi **711**.



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un plan médico. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (llamada prima) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, consulte www.kp.org/plandocuments o llame al 1-800-278-3296 (línea TTY: 711). Para una definición de los términos de uso común, como monto permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos delineados consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en <https://www.HealthCare.gov/sbc-glossary/> o llamar al 1-800-278-3296 (línea TTY: 711) para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	\$0	Consulte la tabla de eventos comunes a continuación para ver los costos de servicio que cubre este <u>plan</u> .
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <u>deducible</u> ?	No se aplica.	Este <u>plan</u> cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del <u>deducible</u> . Sin embargo, es posible que se aplique un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre algunos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> y antes de que cumpla con su <u>deducible</u> . Vea una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro <u>deducible</u> por servicios específicos?	No.	No tiene que pagar un <u>deducible</u> por servicios específicos.
¿Cuál es el <u>desembolso máximo</u> de este <u>plan</u> ?	\$1,500 por individuo/\$3,000 por familia.	El <u>desembolso máximo</u> es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada uno debe alcanzar su propio <u>desembolso máximo</u> hasta alcanzar el <u>desembolso máximo</u> general de la familia.
¿Qué no incluye el <u>desembolso máximo</u> ?	Las <u>primas</u> , la atención médica que no cubre este <u>plan</u> y los servicios que se indican en la tabla que comienza en la página 2.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el <u>desembolso máximo</u> .
¿Pagará un poco menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> médica?	Sí. Vea www.kp.org o llame al 1-800-278-3296 (línea TTY: 711) para una lista de <u>proveedores dentro de la red</u> .	Este <u>plan</u> no tiene un <u>proveedor dentro de la red</u> . Usted pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> del plan. Usted pagará más si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia en el costo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga (<u>facturación del saldo</u>). Tenga en mente que su <u>proveedor dentro de la red</u> podría utilizar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de obtener servicios.
¿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> paga algunos o todos los costos de acudir a un <u>especialista</u> por servicios cubiertos, pero solo si tiene un <u>referido</u> antes de acudir al <u>especialista</u> .



Todos los costos de copago y coseguro que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el deducible, si aplica un deducible.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga Proveedor del plan (Usted pagará lo mínimo)	Lo que usted paga Proveedor fuera del plan (Usted pagará lo máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$20 por visita	No está cubierto	Ninguna
	Visita al <u>especialista</u>	\$20 por visita	No está cubierto	Los servicios relacionados con la infertilidad están cubiertos con un <u>coseguro</u> del 50% por visita
	<u>Atención preventiva/ examen colectivo/ vacuna</u>	Sin costo	No está cubierto	Usted tendrá que pagar por los servicios que no son <u>preventivos</u> . Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son preventivos. Luego, consulte lo que su <u>plan</u> pagará
Si se realiza un examen	<u>Prueba diagnóstica</u> (radiografía, análisis de sangre)	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.kp.org/formulary.	Medicamentos genéricos	Farmacia del <u>plan</u> : \$15 por receta médica para un suministro de 1 a 30 días; orden por correo: generalmente dos veces el <u>costo compartido</u> de la farmacia del <u>plan</u> por un suministro de hasta 100 días	No está cubierto	De conformidad con las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> . Es posible que algunos medicamentos estén cubiertos con un costo compartido diferente
	Medicamentos de marcas preferidas	Farmacia del <u>plan</u> : \$30 por receta médica para un suministro de 1 a 30 días; orden por correo: generalmente dos veces el <u>costo compartido</u> de la farmacia del <u>plan</u> por un suministro de hasta 100 días	No está cubierto	De conformidad con las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> . Es posible que algunos medicamentos estén cubiertos con un costo compartido diferente
	Medicamentos de marcas no preferidas	Lo mismo que para los medicamentos de marcas preferidas	No está cubierto	Lo mismo que para los medicamentos de marcas preferidas cuando estén aprobados mediante el proceso de excepciones
	<u>Medicamentos especializados</u>	Lo mismo que para los medicamentos de marcas preferidas	No está cubierto	Lo mismo que para los medicamentos de marcas preferidas cuando estén aprobados mediante el proceso de excepciones

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga Proveedor del plan (Usted pagará lo mínimo)	Lo que usted paga Proveedor fuera del plan (Usted pagará lo máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$50 por procedimiento	No está cubierto	Ninguna
	Honorarios del médico/cirujano	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	\$100 por visita	\$100 por visita	Ninguna
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	Sin costo	Sin costo	Ninguna
	<u>Atención de urgencia</u>	\$20 por visita	\$20 por visita	Los <u>proveedores fuera del plan</u> están cubiertos cuando usted se encuentra fuera del área de servicio
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	\$250 por admisión	No está cubierto	Ninguna
	Honorarios del médico/cirujano	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	Salud mental y conductual: \$20 por visita individual. Los demás servicios ambulatorios no tienen costo; toxicomanías: \$20 por visita individual. \$5 por día para otros servicios ambulatorios	No está cubierto	Salud mental y conductual: \$10 por visita grupal; toxicomanías: \$5 por visita grupal.
	Servicios internos	\$250 por admisión	No está cubierto	Ninguna

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga Proveedor del plan (Usted pagará lo mínimo)	Lo que usted paga Proveedor fuera del plan (Usted pagará lo máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin costo	No está cubierto	Se pueden aplicar <u>copagos</u> , <u>coseguros</u> o <u>deducibles</u> según el tipo de servicio. Los cuidados de maternidad podrían incluir las pruebas y los servicios que se describen en otras partes del SBC (por ejemplo, ultrasonido)
	Servicios de parto profesionales	\$250 por admisión	No está cubierto	Ninguna
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	\$250 por admisión	No está cubierto	Ninguna
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	<u>Cuidado de la salud en el hogar</u>	Sin costo	No está cubierto	Hasta un máximo de 2 horas por visita, hasta un máximo de 3 visitas al día, hasta un máximo de 100 visitas por año
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Paciente interno: \$250 por admisión; paciente ambulatorio: \$20 por visita	No está cubierto	Ninguna
	<u>Servicios de habilitación</u>	\$20 por visita	No está cubierto	Ninguna
	<u>Cuidado de enfermería especializada</u>	Sin costo	No está cubierto	Hasta un máximo de 100 días por periodo de beneficios
	<u>Equipo médico duradero</u>	Sin costo	No está cubierto	Debe estar de acuerdo con las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> . Se requiere autorización previa
	<u>Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</u>	Sin costo	No está cubierto	Limitado al diagnóstico de una enfermedad terminal con una expectativa de vida de doce meses o menos
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
	Anteojos para niños	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna
	Chequeo dental pediátrico	No está cubierto	No está cubierto	Es posible que usted tenga otra cobertura dental que no se describa aquí

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su <u>plan</u> generalmente NO cubre (consulte el documento de su <u>plan</u> o póliza para encontrar más información y una lista de otros <u>servicios excluidos</u> .)		
- Atención dental (adultos) - Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU. - Atención quiropráctica	- Audífonos - Cirugía estética - Cuidado rutinario de los pies a menos que sea necesario por motivos médicos	- Cuidados a largo plazo - Enfermería privada - Programas para perder peso
Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su <u>plan</u> .)		
- Acupuntura (referido por un proveedor del plan) - Cirugía bariátrica	Cuidado de los ojos de rutina (adultos)	Tratamiento para la infertilidad

Sus derechos a continuar con su cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias se muestra en la siguiente tabla. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguro Médico. Para más información acerca del Mercado, visite www.CuidadoDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por negarle una reclamación. Esta queja se llama reclamo o apelación. Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este reclamo médico. Sus documentos del plan también incluirán información completa sobre cómo presentar un reclamo, apelación o una queja a su plan por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con las agencias que aparecen en la siguiente tabla. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar su apelación. Comuníquese con el California Department of Managed Health Care y Department of Insurance en 980 9th St, Suite #500 Sacramento, CA 95814, al 1-888-466-2219 o visite <http://www.HealthHelp.ca.gov>.

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 (línea TTY: 711), www.kp.org/memberservices
Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos	1-866-444-3272, 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, www.cciio.cms.gov
Departamento de Seguros de California	1-800-927-4357, www.insurance.ca.gov
Departamento de Atención Médica Administrada de California	1-888-466-2219, www.healthhelp.ca.gov/

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

Si no tiene cobertura esencial mínima durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí

Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, usted podría calificar para un crédito fiscal para las primas para ayudarle a pagar un plan a través del Mercado.

Servicios lingüísticos:

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)

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)

NAVAJO (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijjigo holne' 1-800-278-3296 (TTY: 711)

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

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este plan podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Preste atención a los montos del costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y a los servicios excluidos del plan. Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros planes médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada
(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

■ El deducible general del plan	\$0
■ Copago para el especialista	\$20
■ Copago del hospital (instalaciones)	\$250
■ Otro copago (análisis de sangre)	\$0

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al especialista (*atención prenatal*)
Servicios de parto profesionales
Servicios de instalaciones de partos profesionales
Pruebas diagnósticas (*sonogramas y análisis de sangre*)
Visita al especialista (*anestesia*)

Costo total hipotético	\$12,800
En este ejemplo, Peg pagaría:	
Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$800
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$860

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

■ El deducible general del plan	\$0
■ Copago para el especialista	\$20
■ Copago del hospital (instalaciones)	\$250
■ Otro copago (análisis de sangre)	\$0

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al consultorio del médico primario (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)
Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)
Medicamentos por recetas
Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Costo total hipotético	\$7,400
En este ejemplo, Joe pagaría:	
Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$1,100
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$50
El total que Joe pagaría es	\$1,150

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

■ El deducible general del plan	\$0
■ Copago para el especialista	\$20
■ Copago del hospital (instalaciones)	\$250
■ Otro copago (radiografía)	\$0

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Sala de emergencias (*incluye materiales médicos*)
Equipo médico duradero (*muletas*)
Prueba diagnóstica (*radiografía*)
Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

Costo total hipotético	\$1,900
En este ejemplo, Mia pagaría:	
Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$200
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$200

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

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Kaiser Permanente does not discriminate on the basis of age, race, ethnicity, color, national origin, cultural background, ancestry, religion, sex, gender identity, gender expression, sexual orientation, marital status, physical or mental disability, source of payment, genetic information, citizenship, primary language, or immigration status.

Language assistance services are available from our Member Services Contact Center 24 hours a day, seven days a week (except closed holidays). Interpreter services, including sign language, are available at no cost to you during all hours of operation. We can also provide you, your family, and friends with any special assistance needed to access our facilities and services. In addition, you may request health plan materials translated in your language, and may also request these materials in large text or in other formats to accommodate your needs. For more information, call **1-800-464-4000** (TTY users call **711**).

A grievance is any expression of dissatisfaction expressed by you or your authorized representative through the grievance process. A grievance includes a complaint or an appeal. For example, if you believe that we have discriminated against you, you can file a grievance. Please refer to your *Evidence of Coverage* or *Certificate of Insurance*, or speak with a Member Services representative for the disputeresolution options that apply to you. This is especially important if you are a Medicare, MediCal, MRMIP, MediCal Access, FEHBP, or CalPERS member because you have different disputeresolution options available.

You may submit a grievance in the following ways:

- By completing a Complaint or Benefit Claim/Request form at a Member Services office located at a Plan Facility (please refer to *Your Guidebook* for addresses)
- By mailing your written grievance to a Member Services office at a Plan Facility (please refer to *Your Guidebook* for addresses)
- By calling our Member Service Contact Center toll free at **1-800-464-4000** (TTY users call **711**)
- By completing the grievance form on our website at kp.org

Please call our Member Service Contact Center if you need help submitting a grievance.

The Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator will be notified of all grievances related to discrimination on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability. You may also contact the Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator directly at One Kaiser Plaza, 12th Floor, Suite 1223, Oakland, CA 94612.

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 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, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Language Assistance Services

English: We provide interpreter services at no cost to you, 24 hours a day, 7 days a week, during all hours of operation. You can have an interpreter help answer your questions about our health care coverage. You can also request materials translated in your language at no cost to you. Just call us at **1-800-464-4000**, 24 hours a day, 7 days a week (closed holidays). TTY users call **711**.

Arabic: نؤمن خدمات الترجمة الفورية مجاناً لك على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع طوال ساعات العمل. بإمكانك طلب مساعدة المترجم الفوري للإجابة على كافة أسئلتك حول التغطية الصحية التي نقدمها. بالإضافة إلى ذلك، يمكنك طلب ترجمة الوثائق الطبية للغتك مجاناً. ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم **1-800-464-4000** على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع (مغلق أيام العطلات). لمستخدمي خدمة الهاتف النصي يرجى الاتصال على الرقم **(711)**.

Armenian: Մենք օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր, մեր աշխատանքի բոլոր ժամերին Ձեզ համար անվճար բանավոր թարգմանչի ծառայություններ ենք տրամադրում: Թարգմանչի օգնությամբ Դուք կարող եք պատասխան ստանալ Ձեր հարցերին՝ մեր կողմից տրամադրվող առողջության ապահովագրության վերաբերյալ: Կարող եք նաև Ձեր լեզվով թարգմանված գրավոր նյութեր խնդրել, որոնք Ձեզ համար անվճար են: Պարզապես զանգահարեք մեզ՝ **1-800-464-4000** հեռախոսահամարով՝ օրը 24 ժամ՝ շաբաթը 7 օր (տոն օրերին փակ է): TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն **711** համարով:

Farsi: ما خدمات مترجم شفاهی را در 24 ساعت شبانروز و 7 روز هفته در طول همه ساعات کاری بدون اخذ هزینه در اختیار شما قرار می دهیم. شما می توانید برای کمک در پاسخگویی به سوالات خود در مورد پوشش مراقبت درمانی ما از یک مترجم شفاهی بهره مند شوید. همچنین می توانید درخواست کنید که همه جزوات بدون اخذ هزینه به زبان شما ترجمه شوند. کفایت در 24 ساعت شبانروز و 7 روز هفته (به استثنای روزهای تعطیل) با ما به شماره **1-800-464-4000** تماس بگیرید. کاربران TTY با شماره **711** تماس بگیرند

Hindi: हम संचालन के सभी घंटों के दौरान आपको बिना किसी लागत के दुभाषिया सेवाएँ, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन प्रदान करते हैं। आप हमारी स्वास्थ्य देखभाल कवरेज के बारे में आपके प्रश्नों के जवाब के लिए एक दुभाषिये की सहायता ले सकते हैं। आप बिना किसी लागत के सामग्रियों को अपनी भाषा में अनुवाद करवाने के लिए अनुरोध भी कर सकते हैं। बस केवल हमें **1-800-464-4000** पर, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन (छुट्टियों वाले दिन बंद रहता है) कॉल करें। TTY उपयोगकर्ता **711** पर कॉल करें।

Hmong: Peb muaj neeg txhais lus pub dawb rau koj, 24 teev ib hnub twg, 7 hnub ib lim tiam twg, thawm cov sij hawm qhib ua lag luam. Koj muaj tau ib tug neeg txhais lus los pab teb koj cov lus nug txog peb cov kev pab them nqi kho mob. Koj thov tau kom muab cov ntaub ntawv txhais uas koj hom lus pub dawb rau koj. Tsuas hu rau **1-800-464-4000**, 24 teev ib hnub twg, 7 hnub ib lim tiam twg (cov hnub caiv kaw). Cov neeg siv TTY hu 711.

Japanese: 当院では、全診療時間を通じて、通訳サービスを無料で、年中無休、終日ご利用いただけます。当院の医療内容についてのご質問および回答には、通訳がお手伝いいたします。また、日本語に翻訳された資料を無料で請求できます。お気軽に **1-800-464-4000** までお電話ください（祭日を除き年中無休）。TTY ユーザーは 711 にお電話ください。

Khmer: យើងផ្តល់សេវានៃអ្នកបកប្រែ ដោយឥតគិតថ្លៃដល់អ្នកឡើយ 24 ម៉ោង មួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ ក្នុងអំឡុងម៉ោងធ្វើការទាំងអស់។ អ្នកអាចឆ្លងអ្នកបកប្រែ ដើម្បីជួយឆ្លើយសំណួររបស់អ្នក អំពីការរ៉ាប់រងថែទាំសុខភាព របស់យើង។ អ្នកអាច ស្នើសុំសារៈដែលបានបកប្រែជាភាសាខ្មែរ ដោយឥតគិតថ្លៃដល់អ្នកដែរ។ គ្រាន់តែ ទូរសព្ទមកយើង តាមលេខ **1-800-464-4000** បាន 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ (បំផុតថ្ងៃបុណ្យ)។ អ្នកប្រើ TTY ហៅលេខ **711** ។

Korean: 업무 시간 동안에는 요일 및 시간에 관계없이 통역 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 통역의 도움을 받아 건강 보험 혜택에 관하여 질문하고 답변을 들으실 수 있습니다. 또한, 귀하가 사용하는 언어로 번역된 자료를 요청해 무료로 제공받으실 수 있습니다. 요일 및 시간에 관계없이 **1-800-464-4000**번으로 전화해 문의하십시오(공휴일 휴무). TTY 사용자 번호 **711**.

Navajo: Nihí ata' halne' é áká' adoolwołígíí nihei hółó t'áá jíík' é, t'áá naadiin díí' ahéé' iilkeedgo, tsosts'id yiskáąjì', ndá'anishgo oolkił biyi' góné. Ata' halne' é níká' adoolwoł na' idikid nee hółóógo díí ats'íis baa áháyąą bik' éstí' ígíí biná' idíłkidgo. Áádóó áldó' naaltsoos lá t'áá ní nizaad k'ehji álnéehgo t'áá jíík' é ádoolníf. Nihích'i' hodíłnih koji' **1-800-464-4000** jíigo dóó t'ée' nidi, tsosts'id yiskáąjì' dimoo na' adleehji' (Holidaysgo éí da' deelkaal) doo da' diits'a' ígíí chodayool' [nígíí koji' hodíłnih **711**

Punjabi: ਅਸੀਂ ਕਾਰਵਾਈ ਦੇ ਸਾਰੇ ਘੰਟਿਆਂ ਦੇ ਦੌਰਾਨ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੀ ਲਾਗਤ ਦੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ, ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਵਾਉਂਦੇ ਹਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਬਾਰੇ ਆਪਣੇ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਲਈ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਮਦਦ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੀ ਲਾਗਤ ਦੇ ਸਮੱਗਰੀਆਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਅਨੁਵਾਦ ਕਰਵਾਉਣ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਬਸ ਸਿਰਫ਼ ਸਾਨੂੰ **1-800-464-4000** ਤੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ (ਛੁੱਟੀਆਂ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਬੰਦ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ) ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। TTY ਦਾ ਉਪਯੋਗ ਕਰਨ ਵਾਲੇ **711** 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰਨ।

Russian: Мы всегда в часы работы обеспечиваем Вас услугами устного переводчика, 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Чтобы получить ответы на свои вопросы о нашем страховом покрытии услуг здравоохранения, Вы можете воспользоваться помощью устного переводчика. Вы также можете запросить бесплатный перевод материалов на Ваш язык. Просто позвоните нам по телефону **1-800-464-4000**, который доступен 24 часа в сутки, 7 дней в неделю (кроме праздничных дней). Пользователи линии TTY могут звонить по номеру **711**.

Spanish: Ofrecemos servicios de traducción al español sin costo alguno para usted durante todo el horario de atención, 24 horas al día, siete días a la semana. Puede contar con la ayuda de un intérprete para responder las preguntas que tenga sobre nuestra cobertura de atención médica. Además, puede solicitar que los materiales se traduzcan a su idioma sin costo alguno. Solo llame al **1-800-788-0616**, 24 horas al día, siete días a la semana (cerrado los días festivos). Los usuarios de TTY, deben llamar al **711**.

Tagalog: May magagamit na mga serbisyo ng tagasalin ng wika nang wala kang babayaran, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo, sa lahat oras ng trabaho. Makakatulong ang tagasalin ng wika sa pagsagot sa mga tanong mo tungkol sa iyong coverage sa pangangalagang pangkalusugan. Maaari kang humingi ng mga babasahin na isinalin sa iyong wika nang wala kang babayaran. Tawagan lamang kami sa **1-800-464-4000**, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo (sarado sa mga pista opisyal). Ang mga gumagamit ng TTY ay maaaring tumawag sa **711**.

Thai: เรามีบริการสามฟรีสำหรับคุณตลอด 24 ชั่วโมง ทุกวันตลอดชั่วโมงทำการของเราคุณสามารถขอให้ล่ามช่วยตอบคำถามของคุณที่เกี่ยวกับความคุ้มครองการดูแลสุขภาพของเราและคุณยังสามารถขอให้มีการแปลเอกสารเป็นภาษาที่คุณใช้ได้โดยไม่มีการคิดค่าบริการเพียงโทรหาเราที่หมายเลข **1-800-464-4000** ตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน (ปิดให้บริการในวันหยุดราชการ) ผู้ใช้ TTY โปรดโทรไปที่ **711**

Chinese: 我們每週 7 天，每天 24 小時在所有營業時間內免費為您提供口譯服務。您可以請口譯員協助回答有關我們健康保險的問題。您也可以免費索取翻譯成您所用語言的資料。我們每週 7 天，每天 24 小時均歡迎您打電話 **1-800-757-7585** 前來聯絡（節假日 休息）。聽障及語障專線 (TTY) 使用者請撥 **711**。

Vietnamese: Chúng tôi cung cấp dịch vụ thông dịch miễn phí cho quý vị 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần, trong tất cả các giờ làm việc. Quý vị có thể được thông dịch viên giúp trả lời thắc mắc về quyền lợi bảo hiểm sức khỏe của chúng tôi. Quý vị cũng có thể yêu cầu được cấp miễn phí tài liệu phiên dịch ra ngôn ngữ của quý vị. Chỉ cần gọi cho chúng tôi tại số **1-800-464-4000**, 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần (trừ các ngày lễ). Người dùng TTY xin gọi **711**.