

KAISER PERMANENTE \$50 COPAYMENT HMO PLAN

FEATURES	MEMBER PAYS
CALENDAR-YEAR DEDUCTIBLE	\$0
PHARMACY CALENDAR-YEAR DEDUCTIBLE	\$250 for brand prescription
ANNUAL OUT-OF-POCKET MAXIMUM¹ Individual/Family	\$3,500/\$7,000
IN THE MEDICAL OFFICE Office visits Preventive exams Maternity/Prenatal care ² Well-child preventive care visits ³ Vaccines (immunizations) Allergy injections Infertility services Occupational, physical, and speech therapy Most labs and imaging MRI/CT/PET Outpatient surgery	\$50 \$0 \$0 \$0 \$0 \$5 Not covered ⁴ \$50 \$10 \$50 \$250 per procedure
EMERGENCY SERVICES Emergency Department visits (waived if admitted directly to hospital) Ambulance	\$150 \$300
PRESCRIPTIONS⁵ Generic ⁶ Brand-name	(up to a 100-day supply) \$10 \$35 (after pharmacy deductible)
HOSPITAL CARE Physicians' services, room and board, tests, medications, supplies, therapies Skilled nursing facility care (up to 100 days per benefit period)	\$500 per day \$0
MENTAL HEALTH SERVICES In the medical office In the hospital	\$50 individual \$25 group \$500 per day
CHEMICAL DEPENDENCY SERVICES In the medical office In the hospital (detoxification only)	\$50 individual \$500 per day
OTHER Certain durable medical equipment (DME) ⁷ Certain prosthetic and orthotic devices Optical (eyewear) ⁸ Vision exam Home health care (up to 100 two-hour visits per calendar year) Hospice care	50% \$0 Not covered \$0 \$0 \$0

Kaiser Permanente plans do not include a pre-existing condition clause.

Preventive services on this plan are available at no cost share. For a complete list of preventive services, please refer to the *Evidence of Coverage* or businessnet.kp.org.

¹Out-of-pocket maximum is the maximum amount an individual or family will pay for certain services in a calendar year.

²Scheduled prenatal visits and the first postpartum visit

³Well-child visits through age 23 months

⁴Infertility benefits can be added to this plan for an additional cost. For more information, contact your broker or Kaiser Permanente representative.

⁵Prescription drugs are covered in accordance with our formulary when prescribed by a Plan physician and obtained at Plan pharmacies. A few drugs have different copayments; please refer to the *Evidence of Coverage* for detailed information about prescription drug copayments.

⁶The deductible does not apply to this service.

⁷Please refer to the *Evidence of Coverage* for information on what is included in your DME benefit. Coverage is limited.

⁸Kaiser Permanente members are entitled to a 20 percent discount on eyeglasses and contact lenses purchased at Kaiser Permanente optical centers.

These discounts may not be combined with any other Health Plan vision benefit. The discounts will not apply to any sale, promotion, or packaged eyewear program, for any contact lens extended purchase agreement, or to low-vision aids or devices. Visit kp2020.org for Kaiser Permanente optical locations.

KAISER PERMANENTE \$50 COPAYMENT HMO PLAN

CARACTERÍSTICAS	EL MIEMBRO PAGA
DEDUCIBLE POR AÑO CALENDARIO	\$0
DEDUCIBLE DE FARMACIA POR AÑO CALENDARIO	\$250 por medicamento recetado de marca
GASTOS MÁXIMOS DE BOLSILLO ANUALES¹ Individuales/familiares	\$3,500/\$7,000
EN EL CONSULTORIO MÉDICO Visitas al consultorio médico Exámenes preventivos Maternidad/atención prenatal ² Visitas de atención preventiva del niño sano ³ Vacunas (inmunizaciones) Inyecciones contra alergias Servicios de infertilidad Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla La mayoría de las pruebas de laboratorio e imágenes diagnósticas Imágenes por resonancia magnética (RM)/tomografía computarizada (TC)/ tomografía por emisión de positrones (TEP) Cirugía para pacientes externos	\$50 \$0 \$0 \$0 \$0 \$5 Sin cobertura ⁴ \$50 \$10 \$50 \$250 por procedimiento
SERVICIOS DE EMERGENCIA Visitas al Departamento de Emergencias (no se aplica si el paciente es admitido en el hospital directamente) Ambulancia	\$150 \$300
MEDICAMENTOS RECETADOS⁵ Genéricos ⁶ De marca	(hasta un suministro para 100 días) \$10 \$35 (después del deducible de farmacia)
ATENCIÓN EN HOSPITAL Servicios médicos, habitación y alimentación, pruebas, medicamentos, suministros y terapias Atención en un centro de enfermería especializada (hasta 100 días por período de beneficios)	\$500 por día \$0
SERVICIOS DE SALUD MENTAL En el consultorio médico En el hospital	\$50 individual \$25 grupal \$500 por día
SERVICIOS DE FARMACODEPENDENCIA En el consultorio médico En el hospital (solo desintoxicación)	\$50 individual \$500 por día
OTROS Determinado equipo médico duradero (DME) ⁷ Determinados dispositivos protésicos y ortopédicos Óptica (artículos para la visión) ⁸ Examen de la vista Atención de salud domiciliaria (hasta 100 visitas de dos horas por año calendario) Cuidados paliativos	50% \$0 Sin cobertura \$0 \$0 \$0

Los planes de Kaiser Permanente no incluyen una cláusula de afección preexistente.

En este plan, los servicios preventivos están disponibles sin costos compartidos. Para ver una lista completa de los servicios preventivos, consulte la *Evidencia de Cobertura* o vaya a businessnet.kp.org.

¹El gasto máximo de bolsillo es la cantidad máxima que un individuo o familia pagará por determinados servicios en un año calendario.

²Las visitas prenatales programadas y la primera visita posparto.

³Visitas de rutina para el niño sano hasta los 23 meses de edad.

⁴Los beneficios para la infertilidad se pueden agregar a este plan por un costo adicional. Para obtener más información, comuníquese con su corredor o representante de Kaiser Permanente.

⁵Los medicamentos recetados están cubiertos de conformidad con nuestra lista de medicamentos recetados disponibles cuando los receta un médico del plan y se obtienen en farmacias del plan. Algunos medicamentos tienen diferentes copagos; consulte la *Evidencia de Cobertura* para obtener información detallada sobre los copagos de medicamentos recetados.

⁶El deducible no se aplica a este servicio.

⁷Consulte la *Evidencia de Cobertura* para obtener información sobre lo que está incluido en sus beneficios de equipo médico duradero. La cobertura es limitada.

⁸Los miembros de Kaiser Permanente tienen derecho a un 20 por ciento de descuento en anteojos y lentes de contacto comprados en centros ópticos de Kaiser Permanente. Estos descuentos no se pueden combinar con ningún otro beneficio de la vista de Health Plan. Los descuentos no se aplicarán a ninguna oferta, promoción o programa de paquetes de artículos para la visión, a ningún acuerdo de compra de lentes de contacto a largo plazo, o a ayudas o dispositivos para personas con visión disminuida. Visite kp2020.org para conocer las direcciones de los centros ópticos de Kaiser Permanente.

SILVER 70 HMO 2000/45* + CHILD DENTAL**Deductible HMO Plan**

FEATURES	MEMBER PAYS
PLAN DEDUCTIBLE Embedded	Individual — \$2,000 ¹ Family — \$4,000 ¹
OUT-OF-POCKET MAXIMUM Embedded	Individual — \$6,800 ^{1,2} Family — \$13,600 ^{1,2}
IN THE MEDICAL OFFICE Primary care visits Urgent care visits Specialty office visits Preventive exams, vaccines (immunizations) Prenatal care Postpartum care Well-child preventive care visits Allergy injections Infertility services Physical, occupational, and speech therapy Most laboratory tests Most X-rays and diagnostic testing Most MRI/CT/PET scans Outpatient surgery (per procedure)	\$45 \$45 \$75 \$0 ³ \$0 ⁴ \$0 ⁴ \$0 ⁵ \$5 Not covered ⁶ \$45 \$40 \$70 \$300 20%
EMERGENCY SERVICES Emergency Department visits (waived if admitted directly to hospital) Ambulance	\$350 \$250 (after deductible)
PRESCRIPTIONS Generic drugs (up to a 30-day supply) Brand-name drugs (up to a 30-day supply) Specialty drugs (up to a 30-day supply)	\$15 ⁷ \$55 (after \$250 drug deductible) ⁷ 20% per prescription up to \$250 maximum (after \$250 drug deductible) ⁷
HOSPITAL CARE Physicians' services, room and board, tests, medications, supplies, therapies, birth services Skilled nursing facility care (up to 30 days per benefit period)	20% (after deductible) 20% (after deductible)
MENTAL HEALTH SERVICES In the medical office In the hospital	\$45 20% (after deductible)
CHEMICAL DEPENDENCY SERVICES In the medical office In the hospital (detoxification only)	\$45 20% (after deductible)
OTHER Chiropractic and acupuncture Certain durable medical equipment (DME) (base only) Certain prosthetic and orthotic devices Pediatric optical (eyewear) Pediatric vision exam Adult optical (eyewear) Adult vision exam (for eye refraction) Home health care (up to 100 visits per year) Hospice care	\$45 per visit for physician-referred acupuncture; chiropractic not covered 20% ⁸ \$0 1 pair of eyeglasses or contact lenses per year ⁹ \$0 Not covered ¹⁰ \$0 \$45 per day \$0

¹This plan has an embedded deductible and out-of-pocket maximum. Each family member will begin paying copays or coinsurance after meeting his or her individual deductible, or when the family deductible is satisfied. Individual family members are no longer subject to cost sharing when they reach their individual out-of-pocket maximum, or when the family out-of-pocket maximum is met.

²Out-of-pocket maximum is the maximum amount an individual or family will pay for certain services in a year.

³Preventive lab tests, X-rays, and immunizations are covered as part of the preventive exam.

⁴Scheduled prenatal visits and the first postpartum visit

⁵Well-child visits through age 23 months

⁶Infertility benefits can be added to this plan for an additional cost. For more information, contact your broker or Kaiser Permanente representative.

⁷Prescription drugs are covered in accordance with our formulary when prescribed by a Plan physician and obtained at Plan pharmacies. A few drugs have different copays. For information on our formulary, including the drugs on the specialty tier, go to kp.org/formulary or call our Member Service Contact Center.

⁸Please refer to the *Evidence of Coverage* for information on what is included in your DME benefit. Coverage is limited.

⁹Under age 19

¹⁰Kaiser Permanente members are entitled to a 20% discount on eyeglasses and contact lenses purchased at Kaiser Permanente optical centers. These discounts may not be combined with any other Health Plan vision benefit. The discounts will not apply to any sale, promotion, or packaged eyewear program; for any contact lens extended purchase agreement; or to low-vision aids or devices. Visit kp2020.org for Kaiser Permanente optical locations.

SILVER 70 HMO 2000/45* + CHILD DENTAL

Deductible HMO Plan

CARACTERÍSTICAS	EL MIEMBRO PAGA
DEDUCIBLE DEL PLAN Incluidos	Individual: \$2,000 ¹ Familiar: \$4,000 ¹
GASTOS MÁXIMOS DE BOLSILLO Incluidos	Individual: \$6,800 ^{1,2} Familiar: \$13,600 ^{1,2}
EN EL CONSULTORIO MÉDICO Consultas de atención médica primaria Consultas de atención de urgencia Consultas a especialistas Exámenes preventivos, vacunas (vacunaciones) Atención prenatal Atención posparto Consultas de atención preventiva para niños sanos Inyecciones contra alergias Servicios de infertilidad Terapia física, ocupacional y del habla La mayoría de los análisis La mayoría de los rayos-X y pruebas diagnósticas La mayoría de los estudios de imágenes por resonancia magnética/ tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones Cirugía ambulatoria (por procedimiento)	\$45 \$45 \$75 \$0 ³ \$0 ⁴ \$0 ⁴ \$0 ⁵ \$5 No tiene cobertura ⁶ \$45 \$40 \$70 \$300 20%
SERVICIOS DE EMERGENCIA Consultas al Departamento de Emergencias (no se aplica si el paciente es ingresado en el hospital directamente) Ambulancia	\$350 \$250 (después del deducible)
MEDICAMENTOS RECETADOS Medicamentos genéricos (suministro para 30 días como máximo) Medicamentos de marca (suministro para 30 días como máximo) Medicamentos especializados (suministro para 30 días como máximo)	\$15 ⁷ \$55 (después de un deducible de \$250 para medicamentos) ⁷ 20% por receta médica hasta un máximo de \$250 (después del deducible de \$250 para medicamentos) ⁷
ATENCIÓN EN HOSPITAL Servicios de médicos, habitación y alimentación, pruebas, medicamentos, suministros, terapias, servicios de parto Atención en un centro de enfermería especializada (hasta 30 días por período de beneficios)	20% (después del deducible) 20% (después del deducible)
SERVICIOS DE SALUD MENTAL En el consultorio médico En el hospital	\$45 20% (después del deducible)
SERVICIOS DE FARMACODEPENDENCIA En el consultorio médico En el hospital (solo desintoxicación)	\$45 20% (después del deducible)
OTROS Servicios quiroprácticos y de acupuntura Determinado equipo médico duradero (solo básico) Determinados dispositivos protésicos y ortopédicos Óptica pediátrica (artículos para la visión) Examen de la vista pediátrico Óptica para adultos (artículos para la visión) Examen de la vista para adultos (para refracciones oculares) Atención de salud domiciliaria (hasta 100 visitas por año) Cuidados paliativos	\$45 por consulta para servicios de acupuntura con remisión de un médico; los servicios quiroprácticos no tienen cobertura 20% ⁸ \$0 1 par de anteojos o lentes de contacto por año ⁹ \$0 Sin cobertura ¹⁰ \$0 \$45 por día \$0

¹ Este plan tiene un deducible integrado y gastos máximos de bolsillo. Cada miembro de la familia empezará a pagar copagos o coseguros después de alcanzar su propio deducible individual, o cuando se alcance el deducible familiar. Los miembros individuales de la familia dejarán de estar sujetos al costo compartido cuando alcancen sus propios gastos máximos de bolsillo individuales o cuando se alcancen los gastos máximos de bolsillo familiares.

² Los gastos máximos de bolsillo son el monto máximo que un individuo o familia pagará por determinados servicios en un año.

³ Los análisis, los rayos-X y las vacunaciones con fines preventivos tienen cobertura como parte del examen preventivo.

⁴ Las consultas prenatales programadas y la primera consulta posparto.

⁵ Consultas de rutina para el niño sano hasta los 23 meses de edad.

⁶ Los beneficios para tratamiento de la infertilidad se pueden agregar a este plan por un costo adicional. Para obtener más información, comuníquese con su corredor o representante de Kaiser Permanente.

⁷ Los medicamentos recetados están cubiertos de conformidad con nuestra lista de medicamentos recetados disponibles cuando los receta un médico del plan y se obtienen en farmacias del plan. Algunos medicamentos tienen copagos diferentes. Para obtener información sobre nuestra lista de medicamentos recetados disponibles, incluidos los medicamentos especializados, visite kp.org/formulary (haga clic en "Español") o llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros.

⁸ Consulte la *Evidencia de Cobertura* para obtener información sobre lo que está incluido en sus beneficios para equipo médico duradero. La cobertura es limitada.

⁹ Para menores de 19 años de edad.

¹⁰ Los miembros de Kaiser Permanente tienen derecho a un 20% de descuento en anteojos y lentes de contacto comprados en centros ópticos de Kaiser Permanente. Estos descuentos no se pueden combinar con ningún otro beneficio de la vista de Health Plan. Los descuentos no se aplicarán a ninguna oferta, promoción o programa de paquetes de artículos para la visión, a ningún acuerdo de compra a largo plazo de lentes de contacto, o a ayudas o dispositivos para personas con visión disminuida. Visite kp2020.org (haga clic en "Español") para conocer las ubicaciones de los centros ópticos de Kaiser Permanente.

ACA-compliant “Metallic” Plans

SOS pays 100% of Silver 70 HMO for employees

Table Rates

Zip:94063 (San Mateo) 10/01/17				
Age	Kaiser Region 8 Bronze 60 HMO 6300/75 + Child Dental		Kaiser Region 8 Silver 70 HMO 2000/45 + Child Dental	
	0 -18	158.57		213.75
19 -20	144.58		199.76	
21 -21	227.69		314.59	
22 -22	227.69		314.59	
23 -23	227.69		314.59	
24 -24	227.69		314.59	
25 -25	228.60		315.85	
26 -26	233.15		322.14	
27 -27	238.62		329.69	
28 -28	247.50		341.96	
29 -29	254.78		352.03	
30 -30	258.43		357.06	
31 -31	263.89		364.61	
32 -32	269.35		372.16	
33 -33	272.77		376.88	
34 -34	276.41		381.91	
35 -35	278.23		384.43	
36 -36	280.06		386.95	
37 -37	281.88		389.46	
38 -38	283.70		391.98	
39 -39	287.34		397.01	
40 -40	290.98		402.05	
41 -41	296.45		409.60	
42 -42	301.69		416.83	
43 -43	308.97		426.90	
44 -44	318.08		439.48	
45 -45	328.78		454.27	
46 -46	341.53		471.89	
47 -47	355.88		491.70	
48 -48	372.27		514.36	
49 -49	388.44		536.69	
50 -50	406.65		561.86	
51 -51	424.64		586.71	
52 -52	444.45		614.08	
53 -53	464.48		641.76	
54 -54	486.11		671.65	
55 -55	507.74		701.54	
56 -56	531.20		733.94	
57 -57	554.87		766.66	
58 -58	580.15		801.58	
59 -59	592.67		818.88	
60 -60	617.94		853.80	
61 -61	639.80		884.00	
62 -62	654.15		903.82	
63 -63	672.13		928.67	
64 -99	683.07		943.77	

Grandfathered Plans

All rates shown are per month

\$30 Copay				
Age	EE only	EE+S	EE+C	EE+S+C
<30	\$343	\$958	\$942	\$1,333
30-39	\$379	\$1,030	\$969	\$1,474
40-49	\$489	\$1,125	\$929	\$1,485
50-54	\$636	\$1,322	\$1,049	\$1,690
55-59	\$804	\$1,688	\$1,202	\$1,942
60-64	\$992	\$1,884	\$1,327	\$2,199
65+	\$1,125	\$2,431	\$1,691	\$2,672

\$50 Copay				
Age	EE only	EE+S	EE+C	EE+S+C
<30	\$312	\$871	\$857	\$1,212
30-39	\$345	\$937	\$881	\$1,341
40-49	\$445	\$1,023	\$845	\$1,350
50-54	\$579	\$1,203	\$955	\$1,538
55-59	\$731	\$1,536	\$1,093	\$1,767
60-64	\$902	\$1,713	\$1,206	\$2,000
65+	\$1,023	\$2,211	\$1,538	\$2,431

Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC)

PPO dental plans

Bay Area¹
For effective dates January 1–December 1, 2017

These dental insurance plans are underwritten by Kaiser Permanente Insurance Company, a subsidiary of Kaiser Foundation Health Plan, Inc., and administered by Delta Dental of California. The KPIC PPO plans are not intended to satisfy the pediatric dental benefits.

	PPO D 1500	PPO E 1000	PPO E 1500	Limitations
Service			Plan pays² (PPO network)	Plan pays (out of network)
No deductible applies to these procedures.				
Exam			100%	50%
Bitewing X-rays X-rays of the top and bottom molars and premolars to show decay between teeth or under filling			100%	50%
Other X-rays			80%	50%
Prophylaxis A professional cleaning to remove plaque, calculus (mineralized plaque), and stains to help prevent dental disease			100%	50%
Fluoride treatments A treatment with a chemical compound that prevents cavities and makes the tooth surface stronger so the teeth can resist decay			100%	50%
Deductibles apply to all procedures below.				
Deductible			\$25	\$50
Benefit maximum			\$1,500	\$1,500
Palliative care Any form of medical care or treatment that concentrates on reducing the severity of disease symptoms; the goal is to prevent and relieve suffering and improve quality of life			80%	50%
Denture relines			80%	50%
Space maintainers			100%	50%
Fillings			80%	50%
Stainless steel crowns			80%	50%
Endodontics A dental specialty concerned with treatment of the root and nerve of the tooth			80%	50%
Periodontics A dental specialty concerned with the treatment of gums, tissue, and bone that support the teeth			80%	50%
Oral surgery			80%	50%
Crowns and cast restorations The artificial covering of a tooth with metal, porcelain, or porcelain fused to metal; covers teeth that are weakened by decay or severely damaged or chipped			50%	50%
Prosthodontics A dental specialty concerned with restoration and/or replacement of missing teeth with artificial materials			50%	50%
Orthodontics A dental specialty concerned with straightening or moving misaligned teeth and/or jaws with braces and/or surgery			Not covered	Not covered
Monthly premiums				
	PPO D 1500	PPO E 1000	PPO E 1500	
Employee			\$53.96	
Employee + spouse			\$110.62	
Employee + child(ren)			\$113.32	
Family			\$179.15	

¹For the ZIP codes within the Kaiser Permanente service area, dental rate area includes Alameda (except ZIP codes 95377 and 95391), Contra Costa, Marin, Napa (except ZIP code 95476), San Francisco, San Mateo, Santa Clara, and Solano (except ZIP codes 95616, 95618, and 95690) counties; also includes the following ZIP codes in Sacramento (94571), San Joaquin (94514), Santa Cruz, Sonoma (94515), and Yolo (95607 and 95694) counties

²Benefits payable will be based on the maximum allowable charge.