
Disclosure Form Part One

101633 COUNTY OF ORANGE
Home Region: Southern California
1/1/26 through 12/31/26

Principal benefits for Kaiser Permanente Traditional HMO Plan**Accumulation Period**

The Accumulation Period for this plan is January 1 through December 31.

Out-of-Pocket Maximums and Deductibles

For Services that apply to the Plan Out-of-Pocket Maximum, you will not pay any more Cost Share for the rest of the Accumulation Period once you have reached the amounts listed below.

Amounts Per Accumulation Period	Self-Only Coverage (a Family of one Member)	Family Coverage Each Member in a Family of two or more Members	Family Coverage Entire Family of two or more Members
Plan Out-of-Pocket Maximum	\$1,500	\$1,500	\$3,000
Plan Deductible	None	None	None
Drug Deductible	None	None	None

Plan Provider Office Visits

	You Pay
Most Primary Care Visits and most Non-Physician Specialist Visits.....	\$20 per visit
Most Physician Specialist Visits	\$20 per visit
Routine physical maintenance exams, including well-woman exams	No charge
Well-child preventive exams (through age 23 months)	No charge
Routine eye exams with a Plan Optometrist	No charge
Urgent care consultations, evaluations, and treatment	\$20 per visit
Most physical, occupational, and speech therapy	\$20 per visit

Telehealth Visits

	You Pay
Primary Care Visits and Non-Physician Specialist Visits by interactive video or telephone.....	No charge
Physician Specialist Visits by interactive video or telephone	No charge

Outpatient Services

	You Pay
Outpatient surgery and certain other outpatient procedures	\$20 per procedure
Most immunizations (including the vaccine).....	No charge
Most X-rays and laboratory tests.....	No charge

Hospital Inpatient Services

	You Pay
Room and board, surgery, anesthesia, X-rays, laboratory tests, and drugs	\$100 per admission

Emergency Services and Care

	You Pay
Emergency department visits	\$50 per visit

Note: If you are admitted directly to the hospital as an inpatient for covered Services, you will pay the inpatient Cost Share instead of the emergency department Cost Share (see "Hospital Inpatient Services" for inpatient Cost Share)

Ambulance Services

	You Pay
Ambulance Services.....	No charge

Prescription Drug Coverage

	You Pay
Covered outpatient items in accord with our drug formulary guidelines:	
Most generic items (Tier 1) at a Plan Pharmacy or through our mail-order service.....	\$10 for up to a 100-day supply
Most brand-name items (Tier 2) at a Plan Pharmacy or through our mail-order service	\$30 for up to a 100-day supply
Most specialty items (Tier 4) at a Plan Pharmacy	\$30 for up to a 30-day supply

Durable Medical Equipment (DME)

	You Pay
DME items as described in the EOC	No charge

Mental Health Services

	You Pay
Inpatient psychiatric hospitalization.....	\$100 per admission
Individual outpatient mental health evaluation and treatment	\$20 per visit
Group outpatient mental health treatment.....	\$10 per visit

Substance Use Disorder Treatment

	You Pay
Inpatient detoxification.....	\$100 per admission

(continues)

Disclosure Form Part One*(continued)*

Substance Use Disorder Treatment	You Pay
Individual outpatient substance use disorder evaluation and treatment	\$20 per visit
Group outpatient substance use disorder treatment	\$5 per visit
Home Health Services	You Pay
Home health care (up to 100 visits per Accumulation Period)	No charge
Other	You Pay
Eyeglasses or contact lenses:	
Eyeglass frame every 24 months	Amount in excess of \$100 Allowance
Regular eyeglass lenses every 12 months.....	No charge
Contact lenses every 12 months	Amount in excess of \$125 Allowance
Hearing aids every 36 months.....	Amount in excess of \$2,500 Allowance for each ear
Skilled nursing facility care (up to 100 days per benefit period).....	No charge
Prosthetic and orthotic devices as described in the <i>EOC</i>	No charge

This is a summary of the most frequently asked-about benefits. This chart does not explain benefits, Cost Share, out-of-pocket maximums, exclusions, or limitations, nor does it list all benefits and Cost Share amounts. For a complete explanation, please refer to the *EOC*.

Disclosure Form Part Two

The *Disclosure Form Part Two* provides an overview of important features of your Health Plan membership, including how to obtain Services, principal exclusions, and important notices. To view or download a copy, go to kp.org/choosekp or call Member Services at 1-800-464-4000 (TTY users call 711).

Parte Uno del Formulario de Revelación

101633 COUNTY OF ORANGE

Región Local: Sur del California

1 enero 2026 hasta 31 diciembre 2026

Beneficios Principales Para Kaiser Permanente Traditional HMO Plan

Período de Acumulación

El Período de Acumulación para este plan es del 1 de enero al 31 de diciembre.

Gastos máximos de bolsillo y deducibles

Para los servicios que aplican a los gastos máximos de bolsillo, no pagará más costos compartidos durante el Período de Acumulación restante cuando haya alcanzado los montos que se indican a continuación.

Montos por Período de Acumulación	Cobertura solo para el miembro (una familia de un solo miembro)	Cobertura para familias Cada miembro en una familia de dos o más miembros	Cobertura para familias Para toda una familia de dos o más miembros
Máximo Desembolsable del Plan	\$1,500	\$1,500	\$3,000
Deducible del Plan	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Deducible del Medicamento	Ninguno	Ninguno	Ninguno

Visitas al Consultorio de un Proveedor del Plan

Usted Paga

La mayoría de las Visitas de Atención Médica Primaria y la mayoría de las Visitas al Especialista no Médico	\$20 por visita
La mayoría de las Visitas al Especialista Médico.....	\$20 por visita
Exámenes físicos de mantenimiento de rutina, incluidos exámenes para la mujer sana	Sin costo
Exámenes preventivos del niño sano (hasta los 23 meses de edad)	Sin costo
Exámenes de ojos de rutina con un Optometrista del Plan	Sin costo
Consultas, evaluación y tratamientos de atención urgente.....	\$20 por visita
La mayoría de las terapias físicas, ocupacionales y del habla	\$20 por visita

Consultas de Telesalud

Usted Paga

Consultas de atención primaria y consultas a especialistas no médicos por video interactivo o por teléfono	Sin costo
Consultas a especialistas médicos por video interactivo o por teléfono	Sin costo

Servicios para Pacientes Ambulatorios

Usted Paga

Cirugía ambulatoria y ciertos otros procedimientos ambulatorios.....	\$20 por procedimiento
La mayoría de las inmunizaciones (incluida la vacuna)	Sin costo
La mayoría de las radiografías y análisis de laboratorio	Sin costo

Servicios para Pacientes Hospitalizados

Usted Paga

Habitación y comida, cirugía, anestesia, radiografías, análisis de laboratorio y medicamentos.....	\$100 por admisión
--	--------------------

Servicios de Emergencia y Atención

Usted Paga

Visitas al Departamento de Emergencias	\$50 por visita
--	-----------------

Nota: Si lo ingresan directamente al hospital como paciente hospitalizado para los Servicios cubiertos, pagará el Costo Compartido para pacientes hospitalizados en lugar del Costo Compartido del Departamento de Emergencias (consulte "Servicios para Pacientes Hospitalizados" a fin de conocer el Costo Compartido para pacientes hospitalizados).

Servicios de Ambulancia

Usted Paga

Servicios de ambulancia	Sin costo
-------------------------------	-----------

Cobertura de Medicamentos con Receta Médica

Usted Paga

Cubiertos para pacientes ambulatorios de acuerdo con nuestras pautas del formulario de medicamentos: La mayoría de los artículos genéricos (Nivel 1) en una Farmacia del Plan o por medio de nuestro servicio de pedidos por correo	\$10 suministro máximo para 100-días
La mayoría de los artículos de marca (Nivel 2) en una Farmacia del Plan o por medio de nuestro servicio de pedidos por correo	\$30 suministro máximo para 100-días
Mayoría de los artículos para especialidades (Nivel 4) en una Farmacia del Plan	\$30 suministro máximo para 30-días

Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME)

Usted Paga

Artículos de DME como se describe en el folleto EOC	Sin costo
---	-----------

Servicios de Salud Mental

Usted Paga

Atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados.....	\$100 por admisión
--	--------------------

(continúa)

Parte Uno del Formulario de Revelación

(continuación)

Servicios de Salud Mental	Usted Paga
Tratamiento y evaluación individuales de salud mental para pacientes externos	\$20 por visita
Tratamiento grupal de salud mental para pacientes externos	\$10 por visita
Tratamiento de Trastorno por Consumo de Sustancias	Usted Paga
Desintoxicación como paciente hospitalizado	\$100 por admisión
Tratamiento y evaluación individuales de trastorno por consumo de sustancias para pacientes externos	\$20 por visita
Tratamiento grupal de trastorno por consumo de sustancias para pacientes externos	\$5 por visita
Servicios de Atención Médica en el Hogar	Usted Paga
Atención médica en el hogar (hasta un máximo de 100 visitas por Período de Acumulación).....	Sin costo
Otros Servicios	Usted Paga
Anteojos o lentes de contacto:	
Montura para los anteojos cada 24 meses	Cantidades que superen \$100 Asignación
Anteojos regulares cada 12 meses	Sin costo
Lentes de contacto cada 12 meses	Cantidades que superen \$125 Asignación
Audífonos cada 36 meses	Cantidades que superen \$2,500 Asignación para cada oído
Atención en una instalación de enfermería especializada (hasta un máximo de 100 días por período de beneficios).....	Sin costo
Dispositivos protésicos y ortóticos como se describe en el folleto <i>EOC</i>	Sin costo

Este es un resumen de las preguntas que se hacen con más frecuencia sobre los beneficios. En este cuadro no se explican los beneficios, Costo Compartido, pagos máximos de su bolsillo, exclusiones o limitaciones, ni se listan todos los beneficios y Costo Compartido. Por favor consulte el folleto *EOC* si desea obtener una explicación completa.

Parte Dos del Formulario de Revelación

La *Parte Dos del Formulario de Revelación* proporciona un resumen de características importantes de su membresía en el Plan de Salud, incluso cómo obtener los Servicios, las exclusiones principales y avisos importantes. Para ver o descargar una copia, vaya a kp.org/choosekp (en inglés) o llame a Servicio a los Miembros al 1-800-464-4000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).