

Redwood Empire Schools' Insurance Group (RESIG)
Kaiser Permanente (SISC)
Effective Date: October 1, 2025/Fecha de inicio: 1 de octubre de 2025

Medical Plan Benefits	Kaiser (SISC) KP \$0 OV, \$5 Rx	Beneficios del plan médico	Kaiser (SISC) KP \$0 OV, \$5 Rx
Calendar Year Deductible Individual / Family	None	Deducible por año calendario Individual / Familiar	Ninguno
Annual Out-of-Pocket Maximum Individual / Family	\$1,500 / \$3,000	Máximo anual de gastos de bolsillo Individual / Familiar	\$1,500 / \$3,000
Physician Office Visit	No Charge	Visita al consultorio del médico	Sin cargo
Specialist Copay	No Charge	Copago de especialista	Sin cargo
Preventative Care	No Charge	Atención preventiva	Sin cargo
Lab and X-Ray		Laboratorio y Rayos X	
CT, MRI, PET scans	No Copay	Tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, tomografías por emisión de positrones	Sin copago
Other lab and x-ray tests	No Copay	Otras pruebas de laboratorio y radiografías	Sin copago
Hospitalization		Hospitalización	
Inpatient	No Copay	Paciente interno	Sin copago
Outpatient	No Copay	Paciente externo	Sin copago
Emergency Room	\$100 (waived if admitted)	Sala de emergencias	\$100 (no se aplica si es admitido)
Urgent Care Services	No Copay	Servicios de atención urgente	Sin copago
Durable Medical Equipment	No Copay	Equipo médico duradero	Sin copago
Chiropractic Care	\$10 / visit ; combined with acupuncture (Max 30 visits/yr)	Atención quiropráctica	\$10/visita; combinado con acupuntura (Máx. 30 visitas/año)
Acupuncture Care	\$10 / visit ; combined with chiropractic (Max 30 visits/yr)	Cuidado de la acupuntura	\$10/visita; combinado con quiropráctica (Máx. 30 visitas/año)
Prescription Drugs	Generic / Brand	Medicamentos	Genérico / Marca
Retail - 100 day supply	\$5 / \$5	Tienda: suministro para 100 días	\$5 / \$5
Mail Order - up to 100 day supply	\$5 / \$5	Pedido por correo: hasta 100 días de suministro	\$5 / \$5

This document is intended as a quick reference, not a comprehensive description. Limitations and exclusions can be found in the official plan documents. In case of any discrepancies, the official plan documents will govern.

Este documento pretende ser una referencia rápida, no una descripción completa. Las limitaciones y exclusiones se pueden encontrar en los documentos oficiales del plan. En caso de discrepancias, regirán los documentos oficiales del plan.

Redwood Empire Schools' Insurance Group (RESIG)
Kaiser Permanente (SISC)
Effective Date: October 1, 2025/Fecha de inicio: 1 de octubre de 2025

Medical Plan Benefits	Kaiser (SISC) KP \$10 OV; \$10 Rx; Chiro & Vision	Beneficios del plan médico	Kaiser (SISC) KP \$10 OV; \$10 Rx; Quiropráctico & Visión
Calendar Year Deductible Individual/ Family	None	Deducible por año calendario Individual / Familiar	Ninguno
Annual Out-of-Pocket Maximum Individual/ Family	\$1,500 / \$3,000	Máximo anual de gastos de bolsillo Individual/ Familiar	\$1,500 / \$3,000
Physician Office Visit	\$10	Visita al consultorio del médico	\$10
Specialist Copay	\$10	Copago de especialista	\$10
Preventative Care	No Charge	Atención preventiva	Sin cargo
Lab and X-Ray		Laboratorio y Rayos X	
CT, MRI, PET scans	No Copay	Tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, tomografías por emisión de positrones	Sin copago
Other lab and x-ray tests	No Copay	Otras pruebas de laboratorio y radiografías	Sin copago
Hospitalization		Hospitalización	
Inpatient	No Copay	Paciente interno	Sin copago
Outpatient	\$10	Paciente externo	\$10
Emergency Room	\$100 (waived if admitted)	Sala de emergencias	\$100 (no se aplica si es admitido)
Urgent Care Services	\$10	Servicios de atención urgente	\$10
Durable Medical Equipment	No Copay	Equipo médico duradero	Sin copago
Chiropractic Care	\$10 / visit ; combined with acupuncture (Max 30 visits/yr)	Atención quiropráctica	\$10/visita; combinado con acupuntura (Máx. 30 visitas/año)
Acupuncture Care	\$10 / visit ; combined with chiropractic (Max 30 visits/yr)	Cuidado de la acupuntura	\$10/visita; combinado con quiropráctica (Máx. 30 visitas/año)
Eyeglasses or Contact Lenses		Anteojos o Lentes de Contacto	
Frames	Amount in excess of \$150 Allowance	Monturas de gafas	Monto superior a \$150 Asignación
Regular Eyeglass lenses	No copay up to \$150 allowance, every 24 months	Lentes de anteojos regulares	Sin copago hasta una asignación de \$150, cada 24 meses
Contact lenses	No copay	Lentes de contacto	Sin copago
	No copay up to \$150 allowance, every 12 months		Sin copago hasta una asignación de \$150, cada 12 meses
Prescription Drugs	Generic / Brand	Medicamentos	Genérico / Marca
Retail - 100 day supply	\$10 / \$10	Tienda: suministro para 100 días	\$10 / \$10
Mail Order - up to 100 day supply	\$10 / \$10	Pedido por correo: hasta 100 días de suministro	\$10 / \$10

This document is intended as a quick reference, not a comprehensive description. Limitations and exclusions can be found in the official plan documents. In case of any discrepancies, the official plan documents will govern.

Este documento pretende ser una referencia rápida, no una descripción completa. Las limitaciones y exclusiones se pueden encontrar en los documentos oficiales del plan. En caso de discrepancias, regirán los documentos oficiales del plan.

Redwood Empire Schools' Insurance Group (RESIG)
Kaiser Permanente (SISC)
Effective Date: October 1, 2025/Fecha de inicio: 1 de octubre de 2025

Medical Plan Benefits
Calendar Year Deductible Individual / Family
Annual Out-of-Pocket Maximum Individual / Family
Physician Office Visit
Specialist Copay
Preventative Care
Lab and X-Ray
CT, MRI, PET scans
Other lab and x-ray tests
Hospitalization Inpatient
Outpatient
Emergency Room
Urgent Care Services
Durable Medical Equipment
Chiropractic Care
Acupuncture Care
Eyeglasses or Contact Lenses Frames
Regular Eyeglass lenses
Contact lenses
Prescription Drugs
Retail - 100 day supply
Mail Order - up to 100 day supply

Kaiser (SISC) KP \$10 OV; \$10 Rx; Chiro
None
\$1,500 / \$3,000
\$10
\$10
No Charge
No Copay
No Copay
No Copay \$10
\$100 (waived if admitted)
\$10
No Copay
\$10 / visit ; combined with acupuncture (Max 30 visits/yr)
\$10 / visit ; combined with chiropractic (Max 30 visits/yr)
Generic / Brand
\$10 / \$10
\$10 / \$10

Beneficios del plan médico
Deducible por año calendario Individual / Familiar
Máximo anual de gastos de bolsillo Individual / Familiar
Visita al consultorio del médico
Copago de especialista
Atención preventiva
Laboratorio y Rayos X Tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, tomografías por emisión de positrones Otras pruebas de laboratorio y radiografías
Hospitalización Paciente interno
Paciente externo
Sala de emergencias
Servicios de atención urgente
Equipo médico duradero
Atención quiropráctica
Cuidado de la acupuntura
Anteojos o Lentes de Contacto Monturas de gafas
Lentes de anteojos regulares
Lentes de contacto
Medicamentos
Tienda: suministro para 100 días
Pedido por correo: hasta 100 días de suministro

Kaiser (SISC) KP \$10 OV; \$10 Rx; Quiropráctico
Ninguno
\$1,500 / \$3,000
\$10
\$10
Sin cargo
Sin copago
Sin copago
Sin copago \$10
\$100 (no se aplica si es admitido)
\$10
Sin copago
\$10/visita; combinado con acupuntura (Máx. 30 visitas/año)
\$10/visita; combinado con quiropráctica (Máx. 30 visitas/año)
Genérico / Marca
\$10 / \$10
\$10 / \$10

This document is intended as a quick reference, not a comprehensive description. Limitations and exclusions can be found in the official plan documents. In case of any discrepancies, the official plan documents will govern.

Este documento pretende ser una referencia rápida, no una descripción completa. Las limitaciones y exclusiones se pueden encontrar en los documentos oficiales del plan. En caso de discrepancias, regirán los documentos oficiales del plan.

Redwood Empire Schools' Insurance Group (RESIG)
Kaiser Permanente (SISC)
Effective Date: October 1, 2025/Fecha de inicio: 1 de octubre de 2025

Medical Plan Benefits
Calendar Year Deductible Individual / Family
Annual Out-of-Pocket Maximum Individual / Family
Physician Office Visit
Specialist Copay
Preventative Care
Lab and X-Ray
CT, MRI, PET scans
Other lab and x-ray tests
Hospitalization Inpatient Outpatient
Emergency Room
Urgent Care Services
Durable Medical Equipment
Chiropractic Care
Acupuncture Care
Eyeglasses or Contact Lenses Frames Regular Eyeglass lenses Contact lenses
Prescription Drugs
Retail - 100 day supply
Mail Order - up to 100 day supply

Kaiser (SISC) KP \$20 OV; \$10-20 Rx; Chiro & Vision
None
\$1,500 / \$3,000
\$20
\$20
No Charge
No Copay
No Copay
No Copay \$20
\$100 (waived if admitted)
\$20
No Copay
\$10 / visit ; combined with acupuncture (Max 30 visits/yr)
\$10 / visit ; combined with chiropractic (Max 30 visits/yr)
Amount in excess of \$150 Allowance No copay up to \$150 allowance, every 24 months No copay No copay up to \$150 allowance, every 12 months
Generic / Brand
\$10 / \$20
\$10 / \$20

Beneficios del plan médico
Deducible por año calendario Individual / Familiar
Máximo anual de gastos de bolsillo Individual / Familiar
Visita al consultorio del médico
Copago de especialista
Atención preventiva
Laboratorio y Rayos X Tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, tomografías por emisión de positrones Otras pruebas de laboratorio y radiografías
Hospitalización Paciente interno Paciente externo
Sala de emergencias
Servicios de atención urgente
Equipo médico duradero
Atención quiropráctica
Cuidado de la acupuntura
Anteojos o Lentes de Contacto Monturas de gafas Lentes de anteojos regulares Lentes de contacto
Medicamentos
Tienda: suministro para 100 días Pedido por correo: hasta 100 días de suministro

Kaiser (SISC) KP \$20 OV; \$10-20 Rx; Quiropráctico & Visión
Ninguno
\$1,500 / \$3,000
\$20
\$20
Sin cargo
Sin copago
Sin copago
Sin copago \$20
\$100 (no se aplica si es admitido)
\$20
Sin copago
\$10/visita; combinado con acupuntura (Máx. 30 visitas/año)
\$10/visita; combinado con quiropráctica (Máx. 30 visitas/año)
Monto superior a \$150 Asignación Sin copago hasta una asignación de \$150, cada 24 meses Sin copago Sin copago hasta una asignación de \$150, cada 12 meses
Genérico / Marca
\$10 / \$20
\$10 / \$20

This document is intended as a quick reference, not a comprehensive description. Limitations and exclusions can be found in the official plan documents. In case of any discrepancies, the official plan documents will govern.

Este documento pretende ser una referencia rápida, no una descripción completa. Las limitaciones y exclusiones se pueden encontrar en los documentos oficiales del plan. En caso de discrepancias, regirán los documentos oficiales del plan.

Redwood Empire Schools' Insurance Group (RESIG)
Kaiser Permanente (SISC)
Effective Date: October 1, 2025/Fecha de inicio: 1 de octubre de 2025

Medical Plan Benefits
Calendar Year Deductible Individual / Family
Annual Out-of-Pocket Maximum Individual / Family
Physician Office Visit
Specialist Copay
Preventative Care
Lab and X-Ray
CT, MRI, PET scans
Other lab and x-ray tests
Hospitalization Inpatient
Outpatient
Emergency Room
Urgent Care Services
Durable Medical Equipment
Chiropractic Care
Acupuncture Care
Eyeglasses or Contact Lenses Frames
Regular Eyeglass lenses
Contact lenses
Prescription Drugs
Retail - 100 day supply
Mail Order - up to 100 day supply

Kaiser (SISC) KP \$20 OV; \$10-20 Rx; Chiro
None
\$1,500 / \$3,000
\$20
\$20
No Charge
No Copay
No Copay
No Copay \$20
\$100 (waived if admitted)
\$20
No Copay
\$10 / visit ; combined with acupuncture (Max 30 visits/yr)
\$10 / visit ; combined with chiropractic (Max 30 visits/yr)
Generic / Brand
\$10 / \$20
\$10 / \$20

Beneficios del plan médico
Deducible por año calendario Individual / Familiar
Máximo anual de gastos de bolsillo Individual / Familiar
Visita al consultorio del médico
Copago de especialista
Atención preventiva
Laboratorio y Rayos X Tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, tomografías por emisión de positrones Otras pruebas de laboratorio y radiografías
Hospitalización Paciente interno Paciente externo
Sala de emergencias
Servicios de atención urgente
Equipo médico duradero
Atención quiropráctica
Cuidado de la acupuntura
Anteosjos o Lentes de Contacto Monturas de gafas Lentes de anteojos regulares Lentes de contacto
Medicamentos
Tienda: suministro para 100 días Pedido por correo: hasta 100 días de suministro

Kaiser (SISC) KP \$20 OV; \$10-20 Rx; Quiropráctico
Ninguno
\$1,500 / \$3,000
\$20
\$20
Sin cargo
Sin copago
Sin copago
Sin copago \$20
\$100 (no se aplica si es admitido)
\$20
Sin copago
\$10/visita; combinado con acupuntura (Máx. 30 visitas/año)
\$10/visita; combinado con quiropráctica (Máx. 30 visitas/año)
Genérico / Marca
\$10 / \$20
\$10 / \$20

This document is intended as a quick reference, not a comprehensive description. Limitations and exclusions can be found in the official plan documents. In case of any discrepancies, the official plan documents will govern.

Este documento pretende ser una referencia rápida, no una descripción completa. Las limitaciones y exclusiones se pueden encontrar en los documentos oficiales del plan. En caso de discrepancias, regirán los documentos oficiales del plan.

Redwood Empire Schools' Insurance Group (RESIG)
Kaiser Permanente (SISC)
Effective Date: October 1, 2025/Fecha de inicio: 1 de octubre de 2025

Medical Plan Benefits	Kaiser (SISC) KP \$30 OV, \$10-30 Rx	Beneficios del plan médico	Kaiser (SISC) KP \$30 OV, \$10-30 Rx
Calendar Year Deductible Individual / Family	None	Deducible por año calendario Individual / Familiar	Ninguno
Annual Out-of-Pocket Maximum Individual / Family	\$1,500 / \$3,000	Máximo anual de gastos de bolsillo Individual / Familiar	\$1,500 / \$3,000
Physician Office Visit	\$30	Visita al consultorio del médico	\$30
Specialist Copay	\$30	Copago de especialista	\$30
Preventative Care	No Charge	Atención preventiva	Sin cargo
Lab and X-Ray		Laboratorio y Rayos X	
CT, MRI, PET scans	No Copay	Tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, tomografías por emisión de positrones	Sin copago
Other lab and x-ray tests	No Copay	Otras pruebas de laboratorio y radiografías	Sin copago
Hospitalization		Hospitalización	
Inpatient	No Copay	Paciente interno	Sin copago
Outpatient	\$30	Paciente externo	\$30
Emergency Room	\$100 (waived if admitted)	Sala de emergencias	\$100 (no se aplica si es admitido)
Urgent Care Services	\$30	Servicios de atención urgente	\$30
Durable Medical Equipment	No Copay	Equipo médico duradero	Sin copago
Chiropractic Care	\$10 / visit ; combined with acupuncture (Max 30 visits/yr)	Atención quiropráctica	\$10/visita; combinado con acupuntura (Máx. 30 visitas/año)
Acupuncture Care	\$10 / visit ; combined with chiropractic (Max 30 visits/yr)	Cuidado de la acupuntura	\$10/visita; combinado con quiropráctica (Máx. 30 visitas/año)
Prescription Drugs	Generic / Brand	Medicamentos	Genérico / Marca
Retail - 100 day supply	\$10 / \$30	Tienda: suministro para 100 días	\$10 / \$30
Mail Order - up to 100 day supply	\$10 / \$30	Pedido por correo: hasta 100 días de suministro	\$10 / \$30

This document is intended as a quick reference, not a comprehensive description. Limitations and exclusions can be found in the official plan documents. In case of any discrepancies, the official plan documents will govern.

Este documento pretende ser una referencia rápida, no una descripción completa. Las limitaciones y exclusiones se pueden encontrar en los documentos oficiales del plan. En caso de discrepancias, regirán los documentos oficiales del plan.

Redwood Empire Schools' Insurance Group (RESIG)
Kaiser Permanente (SISC)
Effective Date: October 1, 2025/Fecha de inicio: 1 de octubre de 2025

Medical Plan Benefits	Kaiser (SISC) DHMO \$500; Chiro & Vision	Beneficios del plan médico	Kaiser (SISC) DHMO \$500; Chiro & Vision
Calendar Year Deductible Individual/ Family	\$500 / \$1,000	Deducible por año calendario Individual / Familiar	\$500 / \$1,000
Annual Out-of-Pocket Maximum Individual/ Family	\$3,000 / \$6,000	Máximo anual de gastos de bolsillo Individual / Familiar	\$3,000 / \$6,000
Physician Office Visit	\$20 (ded waived)	Visita al consultorio del médico	\$20 (sin deducible)
Specialist Copay	\$20 (ded waived)	Copago de especialista	\$20 (sin deducible)
Preventative Care	No Charge (ded waived)	Atención preventiva	Sin cargo (sin deducible)
Lab and X-Ray		Laboratorio y Rayos X	
CT, MRI, PET scans	10% up to \$50 (ded waived)	Tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, tomografías por emisión de positrones	10% hasta \$50 (sin deducible)
Other lab and x-ray tests	\$10 (ded waived)	Otras pruebas de laboratorio y radiografías	\$10 (sin deducible)
Hospitalization		Hospitalización	
Inpatient	10% After Deductible	Paciente interno	10% después del deducible
Outpatient	10% After Deductible	Paciente externo	10% después del deducible
Emergency Room	10% After Deductible (waived if admitted)	Sala de emergencias	10% después del deducible (no se aplica si es admitido)
Urgent Care Services	\$20 (ded waived)	Servicios de atención urgente	\$20 (sin deducible)
Durable Medical Equipment	20% (ded waived)	Equipo médico duradero	20% (sin deducible)
Chiropractic Care	\$10/ visit ; combined with acupuncture) (Max 30 visits/yr)	Atención quiropráctica	\$10/visita; combinado con acupuntura) (Máx. 30 visitas/año)
Acupuncture Care	\$10/ visit ; combined with chiropractic (Max 30 visits/yr)	Cuidado de la acupuntura	\$10/visita; combinado con quiropráctica (Máx. 30 visitas/año)
Eyeglasses or Contact Lenses		Anteojos o Lentes de Contacto	
Frames	Amount in excess of \$150 Allowance No copay up to \$150 allowance, every 24 months	Monturas de gafas	Monto superior a \$150 Asignación Sin copago hasta una asignación de \$150, cada 24 meses
Regular Eyeglass lenses	No copay	Lentes de anteojos regulares	Sin copago
Contact lenses	No copay up to \$150 allowance, every 12 months	Lentes de contacto	Sin copago hasta una asignación de \$150, cada 12 meses
Prescription Drugs	Generic / Brand	Medicamentos	Genérico / Marca
Retail - 30 day supply	\$10 / \$30	Tienda: suministro para 30 días	\$10 / \$30
Mail Order - up to 100 day supply	\$20 / \$60	Pedido por correo: hasta 100 días de suministro	\$20 / \$60

This document is intended as a quick reference, not a comprehensive description. Limitations and exclusions can be found in the official plan documents. In case of any discrepancies, the official plan documents will govern.

Este documento pretende ser una referencia rápida, no una descripción completa. Las limitaciones y exclusiones se pueden encontrar en los documentos oficiales del plan. En caso de discrepancias, regirán los documentos oficiales del plan.

Redwood Empire Schools' Insurance Group (RESIG)
Kaiser Permanente (SISC)
Effective Date: October 1, 2025/Fecha de inicio: 1 de octubre de 2025

Medical Plan Benefits
Calendar Year Deductible Individual/ Family
Annual Out-of-Pocket Maximum Individual/ Family
Physician Office Visit
Specialist Copay
Preventative Care
Lab and X-Ray
CT, MRI, PET scans
Other lab and x-ray tests
Hospitalization Inpatient Outpatient
Emergency Room
Urgent Care Services
Durable Medical Equipment
Chiropractic Care
Acupuncture Care
Eyeglasses or Contact Lenses Frames Regular Eyeglass lenses Contact lenses
Prescription Drugs
Retail - 30 day supply
Mail Order - up to 100 day supply

Kaiser (SISC) DHMO \$500; Chiro
\$500 / \$1,000
\$3,000 / \$6,000
\$20 (ded waived)
\$20 (ded waived)
No Charge (ded waived)
10% up to \$50 (ded waived)
\$10 (ded waived)
10% After Deductible 10% After Deductible
10% After Deductible (waived if admitted)
\$20 (ded waived)
20% (ded waived)
\$10 / visit ; combined with acupuncture (Max 30 visits/yr)
\$10 / visit ; combined with chiropractic (Max 30 visits/yr)
Generic / Brand
\$10 / \$30
\$20 / \$60

Beneficios del plan médico
Deducible por año calendario Individual / Familiar
Máximo anual de gastos de bolsillo Individual / Familiar
Visita al consultorio del médico
Copago de especialista
Atención preventiva
Laboratorio y Rayos X Tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, tomografías por emisión de positrones Otras pruebas de laboratorio y radiografías
Hospitalización Paciente interno Paciente externo
Sala de emergencias
Servicios de atención urgente
Equipo médico duradero
Atención quiropráctica
Cuidado de la acupuntura
Anteojos o Lentes de Contacto Monturas de gafas Lentes de anteojos regulares Lentes de contacto
Medicamentos
Tienda: suministro para 30 días Pedido por correo: hasta 100 días de suministro

Kaiser (SISC) DHMO \$500; Chiro
\$500 / \$1,000
\$3,000 / \$6,000
\$20 (sin deducible)
\$20 (sin deducible)
Sin cargo (sin deducible)
10% hasta \$50 (sin deducible)
\$10 (sin deducible)
10% después del deducible 10% después del deducible
10% después del deducible (no se aplica si es admitido)
\$20 (sin deducible)
20% (sin deducible)
\$10/visita; combinado con acupuntura) (Máx. 30 visitas/año)
\$10/visita; combinado con quiropráctica (Máx. 30 visitas/año)
Genérico / Marca
\$10 / \$30
\$20 / \$60

This document is intended as a quick reference, not a comprehensive description. Limitations and exclusions can be found in the official plan documents. In case of any discrepancies, the official plan documents will govern.

Este documento pretende ser una referencia rápida, no una descripción completa. Las limitaciones y exclusiones se pueden encontrar en los documentos oficiales del plan. En caso de discrepancias, regirán los documentos oficiales del plan.

Redwood Empire Schools' Insurance Group (RESIG)
Kaiser Permanente (SISC)
Effective Date: October 1, 2025/Fecha de inicio: 1 de octubre de 2025

Medical Plan Benefits	Kaiser (SISC) DHMO 1000; Vis \$150	Beneficios del plan médico	Kaiser (SISC) DHMO 1000; Vis \$150
Calendar Year Deductible Individual/ Family	\$1,000 / \$2,000	Deducible por año calendario Individual/ Familiar	\$1,000 / \$2,000
Annual Out-of-Pocket Maximum Individual/ Family	\$3,000 / \$6,000	Máximo anual de gastos de bolsillo Individual/ Familiar	\$3,000 / \$6,000
Physician Office Visit	\$20 per visit (Plan Deductible doesn't apply)	Visita al consultorio del médico	\$20 por visita (no se aplica el deducible del plan)
Specialist Copay	\$20 per visit (Plan Deductible doesn't apply)	Copago de especialista	\$20 por visita (no se aplica el deducible del plan)
Preventative Care	No Charge	Atención preventiva	Sin cargo
Lab and X-Ray		Laboratorio y Rayos X	
CT, MRI, PET scans	20% Coinsurance up to a maximum of \$50 per procedure (Plan Deductible doesn't apply)	Tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, tomografías por emisión de positrones	Coseguro del 20% hasta un máximo de \$50 por procedimiento (No se aplica el deducible del plan)
Other lab and x-ray tests	\$10 per encounter (Plan Deductible doesn't apply) (Plan Deductible doesn't apply)	Otras pruebas de laboratorio y radiografías	\$10 por encuentro (no se aplica el deducible del plan)
Hospitalization		Hospitalización	
Inpatient	20% Coinsurance after Plan Deductible	Paciente interno	20% de coseguro después del deducible del plan
Outpatient	20% Coinsurance after Plan Deductible	Paciente externo	20% de coseguro después del deducible del plan
Emergency Room	20% Coinsurance after Plan Deductible	Sala de emergencias	20% de coseguro después del deducible del plan
Urgent Care Services	\$20 per visit (ded waived)	Servicios de atención urgente	\$20 por visita (deducible renunciado)
Durable Medical Equipment	20% Coinsurance (ded waived)	Equipo médico duradero	20 % de coseguro (deducible renunciado)
Chiropractic Care	\$10 / visit ; combined with acupuncture (Max 30 visits/yr)	Atención quiropráctica	\$10/visita; combinado con acupuntura (Máx. 30 visitas/año)
Acupuncture Care	\$10 / visit ; combined with chiropractic (Max 30 visits/yr)	Cuidado de la acupuntura	\$10/visita; combinado con quiropráctica (Máx. 30 visitas/año)
Eyeglasses or Contact Lenses		Anteojos o Lentes de Contacto	
Frames	Amount in excess of \$150 Allowance	Monturas de gafas	Monto superior a \$150 Asignación
Regular Eyeglass lenses	No copay up to \$150 allowance, every 24 months	Lentes de anteojos regulares	Sin copago hasta una asignación de \$150, cada 24 meses
Contact lenses	No copay (Plan Deductible doesn't apply)	Lentes de contacto	Sin copago (no se aplica el deducible del plan)
Prescription Drugs	No copay up to \$150 allowance, every 12 months		Sin copago hasta una asignación de \$150, cada 12 meses
	Generic / Brand	Medicamentos	Genérico / Marca
Retail - 30 day supply	\$30 / \$30	Tienda: suministro para 30 días	\$30 / \$30
Mail Order - up to 100 day supply	\$60 / N/A	Pedido por correo: hasta 100 días de suministro	\$60 / N/A

This document is intended as a quick reference, not a comprehensive description. Limitations and exclusions can be found in the official plan documents. In case of any discrepancies, the official plan documents will govern.

Este documento pretende ser una referencia rápida, no una descripción completa. Las limitaciones y exclusiones se pueden encontrar en los documentos oficiales del plan. En caso de discrepancias, regirán los documentos oficiales del plan.

Redwood Empire Schools' Insurance Group (RESIG)
Kaiser Permanente (SISC)
Effective Date: October 1, 2025/Fecha de inicio: 1 de octubre de 2025

Medical Plan Benefits	Kaiser (SISC) Low HDHP-B	Beneficios del plan médico	Kaiser (SISC) Low HDHP-B
Calendar Year Deductible Individual / Family	\$1,700 / \$3,400	Deducible por año calendario Individual / Familiar	\$1,700 / \$3,400
Annual Out-of-Pocket Maximum Individual / Family	\$3,400 / \$6,800	Máximo anual de gastos de bolsillo Individual / Familiar	\$3,400 / \$6,800
Physician Office Visit	10% After Deductible	Visita al consultorio del médico	10% después del deducible
Specialist Copay	10% After Deductible	Copago de especialista	10% después del deducible
Preventative Care	No Charge (ded waived)	Atención preventiva	Sin cargo (sin deducible)
Lab and X-Ray		Laboratorio y Rayos X	
CT, MRI, PET scans	10% After Deductible	Tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, tomografías por emisión de positrones	10% después del deducible
Other lab and x-ray tests	10% After Deductible	Otras pruebas de laboratorio y radiografías	10% después del deducible
Hospitalization		Hospitalización	
Inpatient	10% After Deductible	Paciente interno	10% después del deducible
Outpatient	10% After Deductible	Paciente externo	10% después del deducible
Emergency Room	10% After Deductible (waived if admitted)	Sala de emergencias	10% después del deducible (no se aplica si es admitido)
Urgent Care Services	10% After Deductible	Servicios de atención urgente	10% después del deducible
Durable Medical Equipment	10% After Deductible	Equipo médico duradero	10% después del deducible
Chiropractic Care	Not Covered	Atención quiropráctica	No cubierto por el plan
Acupuncture Care	Not Covered	Cuidado de la acupuntura	No cubierto por el plan
Eyeglasses or Contact Lenses		Anteojos o Lentes de Contacto	
Frames		Monturas de gafas	
Regular Eyeglass lenses		Lentes de anteojos regulares	
Contact lenses		Lentes de contacto	
Prescription Drugs	Generic / Brand	Medicamentos	Genérico / Marca
Retail - 30 day supply	\$10 / \$30 After Deductible	Tienda: suministro para 30 días	\$10/\$30 después del deducible
Mail Order - up to 100 day supply	\$20 / \$60 After Deductible	Pedido por correo: hasta 100 días de suministro	\$20/\$60 después del deducible

This document is intended as a quick reference, not a comprehensive description. Limitations and exclusions can be found in the official plan documents. In case of any discrepancies, the official plan documents will govern.

Este documento pretende ser una referencia rápida, no una descripción completa. Las limitaciones y exclusiones se pueden encontrar en los documentos oficiales del plan. En caso de discrepancias, regirán los documentos oficiales del plan.

Redwood Empire Schools' Insurance Group (RESIG)
Blue Shield (SISC)
Effective Date: October 1, 2025/Fecha de inicio: 1 de octubre de 2025

Medical Plan Benefits
Calendar Year Deductible(s) Individual / Family
Annual Out-of-Pocket Maximum Individual / Family
Services
Physician Office Visits
Specialist Copay
Preventive Care
Lab and XRay
CT, MRI, PET scans
Other lab and x-ray tests
Hospitalization Inpatient Outpatient
Emergency Room
Urgent Care Services
Durable Medical Equipment
Chiropractic
Acupuncture
Prescription Drugs
Rx Copay Out-of-Pocket Maximum Individual / Family
Retail - 30 days supply
Mail - 90 days supply
Specialty - 30 days supply

Blue Shield (SISC) High 100-B \$20	
\$100 / \$300	
\$1,000 / \$3,000	
In Network	Out of Network
\$20 / visit (ded waived) ¹	50%
\$20 / visit (ded waived) ¹	50%
No Charge (ded waived)	Not Covered
No Charge	50% (up to \$350 / day)
No Charge	Not Covered
No Charge ₃	No Charge (up to \$600 / day) ₃
No Charge ₂	No Charge (up to \$350 / day) ₂
\$100 / visit (Copay waived if admitted)	
\$20 / visit (ded waived)	50%
No Charge	Not Covered
No Charge	Not Covered
up to 20 visits per year	
No Charge	50%
up 12 visits per year	
Generic / Brand	
\$1,500 / \$2,500	
Network: \$7 / \$25 ; Costco: \$0 / \$25	
Costco: \$0 / \$60	
Navitus: Mail - \$25	

Beneficios del plan médico
Deducible por año calendario Individual / Familiar
Máximo anual de gastos de bolsillo Individual / Familiar
Servicios
Visita al consultorio del médico
Copago de especialista
Atención preventiva
Laboratorio y Rayos X
Tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, tomografías por emisión de positrones
Otras pruebas de laboratorio y radiografías
Hospitalización Paciente interno Paciente externo
Sala de emergencias
Servicios de atención urgente
Equipo médico duradero
Atención quiropráctica
Cuidado de la acupuntura
Medicamentos
Rx Copago Máximo de bolsillo Individual / Familiar
Tienda: suministro para 30 días
Correo: suministro para 90 días
Especialidad - suministro para 30 días

Blue Shield (SISC) High 100-B \$20	
\$100 / \$300	
\$1,000 / \$3,000	
Dentro de la Red	Fuera de la red
\$20 / visita (sin deducible) ¹	50%
\$20 / visita (sin deducible) ¹	50%
Sin cargo (sin deducible)	No cubierto por el plan
Sin cargo	50% (hasta \$350 / día)
Sin cargo	No cubierto por el plan
Sin cargo ₃	Sin Cargo (hasta \$600 / día) ₃
Sin cargo ₂	Sin Cargo (hasta \$350 / día) ₂
\$100 por visita (no se aplica copago si es admitido)	
\$20 / visita (sin deducible)	50%
Sin cargo	No cubierto por el plan
Sin cargo	No cubierto por el plan
hasta 20 visitas al año	
Sin cargo	50%
hasta 20 visitas al año	
Genérico / Marca	
\$1,500 / \$2,500	
Dentro de la Red: \$7 / \$25 ; Costco: \$0 / \$25	
Costco: \$0 / \$60	
Navitus: Correo - \$25	

- \$0 copay for the first three primary care visits each calendar year
 - Services and supplies for the following Outpatient surgeries are subject to a Benefit maximum if performed in the Outpatient department of a Hospital: athroscopy, cataract surgery, colonoscopy, upper GI endoscopy, and upper GI endoscopy with biopsy. The Benefit maximum does not apply when the same services are provided in a participating Ambulatory Surgery Center. Refer to your EOC for specific maximums and details.
 - Skilled Nursing Facility Benefit Limit will change to a 150 day limit per benefit period and will be combined with inpatient rehabilitation services.
- This document is intended as a quick reference, not a comprehensive description. Limitations and exclusions can be found in the official plan documents. In case of any discrepancies, the official plan documents will govern.
- Copago de \$0 por las primeras tres visitas de atención primaria cada año calendario
 - Los servicios y suministros para las siguientes cirugías ambulatorias están sujetos a un beneficio máximo si se realizan en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital: atroscopia, cirugía de cataratas, colonoscopia, endoscopia GI superior y endoscopia GI superior con biopsia. El máximo del Beneficio no se aplica cuando los mismos servicios se brindan en un Centro de Cirugía Ambulatoria participante. Consulte su EOC para conocer los máximos y detalles específicos.
 - El límite de beneficios del centro de enfermería especializada cambiará a un límite de 150 días por período de beneficios y se combinará con los servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados.
- Este documento pretende ser una referencia rápida, no una descripción completa. Las limitaciones y exclusiones se pueden encontrar en los documentos oficiales del plan. En caso de discrepancias, regirán los documentos oficiales del plan.

Redwood Empire Schools' Insurance Group (RESIG)
Blue Shield (SISC)
Effective Date: October 1, 2025/Fecha de inicio: 1 de octubre de 2025

Plans
Calendar Year Deductible(s) Individual / Family
Annual Out-of-Pocket Maximum Individual / Family
Services
Physician Office Visits
Specialist Copay
Preventive Care
Lab and X-Ray
CT, MRI, PET scans
Other lab and x-ray tests
Hospitalization
Inpatient
Outpatient
Emergency Room
Urgent Care Services
Durable Medical Equipment
Chiropractic
Acupuncture
Prescription Drugs
Rx Copay Out-of-Pocket Maximum Individual / Family
Retail - 30 days supply
Mail - 90 days supply
Specialty - 30 days supply

Blue Shield (SISC) Medium 90-E \$20	
\$300 / \$600	
\$1,000 / \$3,000	
In Network	Out of Network
\$20 / visit (ded waived) ¹	50%
\$20 / visit (ded waived) ¹	50%
No Charge (ded waived)	Not Covered
10%	50% (up to \$350 / day)
10%	Not Covered
10% ₃	No Charge (up to \$600 / day) ₃
10% ₂	No Charge (up to \$350 / day) ₂
\$100 / visit + 10% (Copay waived if admitted)	
\$20 / visit (ded waived)	50%
10%	Not Covered
10%	Not Covered
up to 20 visits per year	
10%	50%
up to 12 visits per year	
Generic / Brand	
\$1,500 / \$2,500	
Network: \$7 / \$25 ; Costco: \$0 / \$25	
Costco: \$0 / \$60	
Navitus: Mail - \$25	

Beneficios del plan médico
Deductible por año calendario Individual / Familiar
Máximo anual de gastos de bolsillo Individual / Familiar
Servicios
Visita al consultorio del médico
Copago de especialista
Atención preventiva
Laboratorio y Rayos X
Tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, tomografías por emisión de positrones
Otras pruebas de laboratorio y radiografías
Hospitalización
Paciente interno
Paciente externo
Sala de emergencias
Servicios de atención urgente
Equipo médico duradero
Atención quiropráctica
Cuidado de la acupuntura
Medicamentos
Rx Copago Máximo de bolsillo Individual / Familiar
Tienda: suministro para 30 días
Correo: suministro para 90 días
Especialidad - suministro para 30 días

Blue Shield (SISC) Medium 90-E \$20	
\$300 / \$600	
\$1,000 / \$3,000	
Dentro de la Red	Fuera de la red
\$20 / visita (sin deducible) ¹	50%
\$20 / visita (sin deducible) ¹	50%
Sin cargo (sin deducible)	No cubierto por el plan
10%	50% (hasta \$350 / día)
10%	No cubierto por el plan
10% ₃	Sin Cargo (hasta \$600 / día) ₃
10% ₂	Sin Cargo (hasta \$350 / día) ₂
\$100 + 10% por visita (no se aplica copago si es admitido)	
\$20 / visita (sin deducible)	50%
10%	No cubierto por el plan
10%	No cubierto por el plan
hasta 20 visitas al año	
10%	50%
hasta 12 visitas al año	
Genérico / Marca	
\$1,500 / \$2,500	
Dentro de la Red: \$7 / \$25 ; Costco: \$0 / \$25	
Costco: \$0 / \$60	
Navitus: Correo - \$25	

1. \$0 copay for the first three primary care visits each calendar year

2. Services and supplies for the following Outpatient surgeries are subject to a Benefit maximum if performed in the Outpatient department of a Hospital: athroscopy, cataract surgery, colonoscopy, upper GI endoscopy, and upper GI endoscopy with biopsy. The Benefit maximum does not apply when the same services are provided in a participating Ambulatory Surgery Center. Refer to your EOC for specific maximums and details.

3. Skilled Nursing Facility Benefit Limit will change to a 150 day limit per benefit period and will be combined with inpatient rehabilitation services.

This document is intended as a quick reference, not a comprehensive description. Limitations and exclusions can be found in the official plan documents. In case of any discrepancies, the official plan documents will govern.

1. Copago de \$0 por las primeras tres visitas de atención primaria cada año calendario

2. Los servicios y suministros para las siguientes cirugías ambulatorias están sujetos a un beneficio máximo si se realizan en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital: atroscopia, cirugía de cataratas, colonoscopia, endoscopia GI superior y endoscopia GI superior con biopsia. El máximo del Beneficio no se aplica cuando los mismos servicios se brindan en un Centro de Cirugía Ambulatoria participante. Consulte su EOC para conocer los máximos y detalles específicos.

3. El límite de beneficios del centro de enfermería especializada cambiará a un límite de 150 días por periodo de beneficios y se combinará con los servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados.

Este documento pretende ser una referencia rápida, no una descripción completa. Las limitaciones y exclusiones se pueden encontrar en los documentos oficiales del plan. En caso de discrepancias, regirán los documentos oficiales del plan.

Redwood Empire Schools' Insurance Group (RESIG)
Blue Shield (SISC)
Effective Date: October 1, 2025/Fecha de inicio: 1 de octubre de 2025

Plans
Calendar Year Deductible(s) Individual/ Family
Annual Out-of-Pocket Maximum Individual/ Family
Services
Physician Office Visits
Specialist Copay
Preventive Care
Lab and X-Ray
CT, MRI, PET scans
Other lab and x-ray tests
Hospitalization
Inpatient
Outpatient
Emergency Room
Urgent Care Services
Durable Medical Equipment
Chiropractic
Acupuncture
Prescription Drugs
Rx Copay Out-of-Pocket Maximum Individual/ Family
Retail - 30 days supply
Mail - 90 days supply
Specialty - 30 days supply

Blue Shield (SISC) Low 80-G\$30	
\$500 / \$1,000	
\$2,000 / \$4,000	
In Network	Out of Network
\$30 / visit (ded waived) ¹	50%
\$30 / visit (ded waived) ¹	50%
No Charge (ded waived)	Not Covered
20%	50% (up to \$350 / day)
20%	Not Covered
20% ₃	No Charge (up to \$600 / day) ₃
20% ₂	No Charge (up to \$350 / day) ₂
\$100 / visit + 20% (Copay waived if admitted)	
\$30 / visit (ded waived)	50%
20%	Not Covered
20%	Not Covered
up to 20 visits per year	
20%	50%
up to 12 visits per year	
Generic / Brand	
\$2,500 / \$3,500	
Network: \$9 / \$35 ; Costco: \$0 / \$35	
Costco: \$0 / \$90	
Navitus: Mail - \$35	

Beneficios del plan médico
Deducible por año calendario Individual/ Familiar
Máximo anual de gastos de bolsillo Individual/ Familiar
Servicios
Visita al consultorio del médico
Copago de especialista
Atención preventiva
Laboratorio y Rayos X
Tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, tomografías por emisión de positrones
Otras pruebas de laboratorio y radiografías
Hospitalización
Paciente interno
Paciente externo
Sala de emergencias
Servicios de atención urgente
Equipo médico duradero
Atención quiropráctica
Cuidado de la acupuntura
Medicamentos
Rx Copago Máximo de bolsillo Individual/ Familiar
Tienda: suministro para 30 días
Correo: suministro para 90 días
Especialidad - suministro para 30 días

Blue Shield (SISC) Low 80-G\$30	
\$500 / \$1,000	
\$2,000 / \$4,000	
Dentro de la Red	Fuera de la red
\$30 / visita (sin deducible) ¹	50%
\$30 / visita (sin deducible) ¹	50%
Sin cargo (sin deducible)	No cubierto por el plan
20%	50% (hasta \$350 / día)
20%	No cubierto por el plan
20% ₃	Sin Cargo (hasta \$600 / día) ₃
20% ₂	Sin Cargo (hasta \$350 / día) ₂
\$100 / + 20% por visita (no se aplica copago si es admitido)	
\$30 / visita (sin deducible)	50%
20%	No cubierto por el plan
20%	No cubierto por el plan
hasta 20 visitas al año	
20%	50%
hasta 12 visitas al año	
\$2,500 / \$3,500	
Dentro de la Red: \$9 / \$35 ; Costco: \$0 / \$35	
Costco: \$0 / \$90	
Navitus: Correo - \$35	

1. \$0 copay for the first three primary care visits each calendar year

2. Services and supplies for the following Outpatient surgeries are subject to a Benefit maximum if performed in the Outpatient department of a Hospital: athroscopy, cataract surgery, colonoscopy, upper GI endoscopy, and upper GI endoscopy with biopsy. The Benefit maximum does not apply when the same services are provided in a participating Ambulatory Surgery Center. Refer to your EOC for specific maximums and details.

3. Skilled Nursing Facility Benefit Limit will change to a 150 day limit per benefit period and will be combined with inpatient rehabilitation services.

This document is intended as a quick reference, not a comprehensive description. Limitations and exclusions can be found in the official plan documents. In case of any discrepancies, the official plan documents will govern.

1. Copago de \$0 por las primeras tres visitas de atención primaria cada año calendario

2. Los servicios y suministros para las siguientes cirugías ambulatorias están sujetos a un beneficio máximo si se realizan en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital: atroscopia, cirugía de cataratas, colonoscopia, endoscopia GI superior y endoscopia GI superior con biopsia. El máximo del Beneficio no se aplica cuando los mismos servicios se brindan en un Centro de Cirugía Ambulatoria participante. Consulte su EOC para conocer los máximos y detalles específicos.

3. El límite de beneficios del centro de enfermería especializada cambiará a un límite de 150 días por período de beneficios y se combinará con los servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados.

Este documento pretende ser una referencia rápida, no una descripción completa. Las limitaciones y exclusiones se pueden encontrar en los documentos oficiales del plan. En caso de discrepancias, regirán los documentos oficiales del

Redwood Empire Schools' Insurance Group (RESIG)
Blue Shield (SISC)
Effective Date: October 1, 2025/Fecha de inicio: 1 de octubre de 2025

Plans
Calendar Year Deductible(s) Individual / Family
Annual Out-of-Pocket Maximum Individual / Family
Services
Physician Office Visits
Specialist Copay
Preventive Care
Lab and X-Ray
CT, MRI, PET scans
Other lab and x-ray tests
Hospitalization Inpatient Outpatient
Emergency Room
Urgent Care Services
Durable Medical Equipment
Chiropractic
Acupuncture
Prescription Drugs
Rx Copay Out-of-Pocket Maximum Individual / Family
Retail - 30 days supply
Mail - 90 days supply
Specialty - 30 days supply

Blue Shield (SISC) HSA \$1700	
\$1,700 / \$3,400	
\$3,400 / \$6,800	
In Network	Out of Network
10%	50%
10%	50%
No Charge (ded waived)	Not Covered
10%	No cubierto por el plan
10%	No cubierto por el plan
10% ₃	All charges above \$600
10% ₂	All charges above \$350
\$100 / visit + 10% por visita	
10%	50%
10%	Not Covered
10%	Not Covered
up to 20 visits per year	
10%	50%
up to 12 visits per year	
Generic / Brand	
Combined with Medical	
Network: \$9 / \$35 ; Costco: \$0 / \$35	
Mail Costco: \$0 / \$90	
Navitus: Mail - \$35	

Beneficios del plan médico
Deductible por año calendario Individual / Familiar
Máximo anual de gastos de bolsillo Individual / Familiar
Servicios
Visita al consultorio del médico
Copago de especialista
Atención preventiva
Laboratorio y Rayos X
Tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, tomografías por emisión de positrones
Otras pruebas de laboratorio y radiografías
Hospitalización Paciente interno Paciente externo
Sala de emergencias
Servicios de atención urgente
Equipo médico duradero
Atención quiropráctica
Cuidado de la acupuntura
Medicamentos
Rx Copago Máximo de bolsillo Individual / Familiar
Tienda: suministro para 30 días
Correo: suministro para 90 días
Especialidad - suministro para 30 días

Blue Shield (SISC) HSA \$1700	
\$1,700 / \$3,400	
\$3,400 / \$6,800	
Dentro de la Red	Fuera de la red
10%	50%
10%	50%
Sin cargo (sin deducible)	No cubierto por el plan
10%	No cubierto por el plan
10%	No cubierto por el plan
10% ₃	Todos los cargos superiores a \$600
10% ₂	Todos los cargos superiores a \$350
\$100 + 10% por visita	
10%	50%
10%	No cubierto por el plan
10%	No cubierto por el plan
hasta 20 visitas al año	
10%	50%
hasta 12 visitas al año	
Genérico / Marca	
Combinado con Médico	
Dentro de la Red: \$9 / \$35 ; Costco: \$0 / \$35	
Correo Costco: \$0 / \$90	
Navitus: Correo - \$35	

1. \$0 copay for the first three primary care visits each calendar year

2. Services and supplies for the following Outpatient surgeries are subject to a Benefit maximum if performed in the Outpatient department of a Hospital: athroscopy, cataract surgery, colonoscopy, upper GI endoscopy, and upper GI

3. Skilled Nursing Facility Benefit Limit will change to a 150 day limit per benefit period and will be combined with inpatient rehabilitation services.

This document is intended as a quick reference, not a comprehensive description. Limitations and exclusions can be found in the official plan documents. In case of any discrepancies, the official plan documents will govern.

1. Copago de \$0 por las primeras tres visitas de atención primaria cada año calendario

2. Los servicios y suministros para las siguientes cirugías ambulatorias están sujetos a un beneficio máximo si se realizan en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital: atroscopia, cirugía de cataratas, colonoscopia,

3. El límite de beneficios del centro de enfermería especializada cambiará a un límite de 150 días por periodo de beneficios y se combinará con los servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados.

Este documento pretende ser una referencia rápida, no una descripción completa. Las limitaciones y exclusiones se pueden encontrar en los documentos oficiales del plan. En caso de discrepancias, regirán los documentos oficiales del

Redwood Empire Schools' Insurance Group (RESIG)

Blue Shield (SISC)

Effective Date: October 1, 2025/Fecha de inicio: 1 de octubre de 2025

Plans
Calendar Year Deductible(s) Individual/ Family
Annual Out-of-Pocket Maximum Individual/ Family
Services
Physician Office Visits
Specialist Copay
Preventive Care
Lab and X-Ray
CT, MRI, PET scans
Other lab and x-ray tests
Hospitalization
Inpatient
Outpatient
Emergency Room
Urgent Care Services
Durable Medical Equipment
Chiropractic
Acupuncture
Prescription Drugs
Rx Copay Out-of-Pocket Maximum Individual/ Family
Retail - 30 days supply
Mail - 90 days supply
Specialty - 30 days supply

Blue Shield (SISC) HSA \$3000	
\$3,400 / \$6,800	
\$6,000 / \$12,000	
In Network	Out of Network
10%	50%
10%	50%
No Charge (ded waived)	Not Covered
10%	50% (up to \$350 / day)
10%	Not Covered
10% ₃	No Charge (up to \$600 / day) ₃
10% ₂	No Charge (up to \$350 / day) ₂
\$100 / visit + 10% (Copay waived if admitted)	
10%	50%
10%	Not Covered
10%	Not Covered
up to 20 visits per year	
10%	50%
up to 12 visits per year	
Generic / Brand	
Combined with Medical	
Network: \$9 / \$35 ; Costco: \$0 / \$35	
Mail Costco: \$0 / \$90	
Navitus: Mail - \$35	

Beneficios del plan médico
Deducible por año calendario Individual / Familiar
Máximo anual de gastos de bolsillo Individual / Familiar
Servicios
Visita al consultorio del médico
Copago de especialista
Atención preventiva
Laboratorio y Rayos X
Tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, tomografías por emisión de positrones
Otras pruebas de laboratorio y radiografías
Hospitalización
Paciente interno
Paciente externo
Sala de emergencias
Servicios de atención urgente
Equipo médico duradero
Atención quiropráctica
Cuidado de la acupuntura
Medicamentos
Rx Copago Máximo de bolsillo Individual / Familiar
Tienda: suministro para 30 días
Correo: suministro para 90 días
Especialidad - suministro para 30 días

Blue Shield (SISC) HSA \$3000	
\$3,400 / \$6,800	
\$6,000 / \$12,000	
Dentro de la Red	Fuera de la red
10%	50%
10%	50%
Sin cargo (sin deducible)	No cubierto por el plan
10%	50% (hasta \$350 / día)
10%	No cubierto por el plan
10% ₃	Sin Cargo (hasta \$600 / día) ₃
10% ₂	Sin Cargo (hasta \$350 / día) ₂
\$100 + 10% por visita (no se aplica copago si es admitido)	
10%	50%
10%	No cubierto por el plan
10%	No cubierto por el plan
hasta 20 visitas al año	
10%	50%
hasta 12 visitas al año	
Genérico / Marca	
Combinado con Médico	
Dentro de la Red: \$9 / \$35 ; Costco: \$0 / \$35	
Correo Costco: \$0 / \$90	
Navitus: Correo - \$35	

1. \$0 copay for the first three primary care visits each calendar year

2. Services and supplies for the following Outpatient surgeries are subject to a Benefit maximum if performed in the Outpatient department of a Hospital: athroscopy, cataract surgery, colonoscopy, upper GI endoscopy, and upper GI

3. Skilled Nursing Facility Benefit Limit will change to a 150 day limit per benefit period and will be combined with inpatient rehabilitation services.

This document is intended as a quick reference, not a comprehensive description. Limitations and exclusions can be found in the official plan documents. In case of any discrepancies, the official plan documents will govern.

1. Copago de \$0 por las primeras tres visitas de atención primaria cada año calendario

2. Los servicios y suministros para las siguientes cirugías ambulatorias están sujetos a un beneficio máximo si se realizan en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital: atroscopia, cirugía de cataratas, colonoscopia, endoscopia GI superior y endoscopia GI superior con biopsia. El máximo del Beneficio no se aplica cuando los mismos servicios se brindan en un Centro de Cirugía Ambulatoria participante. Consulte su EOC para conocer los máximos y detalles específicos.

3. El límite de beneficios del centro de enfermería especializada cambiará a un límite de 150 días por periodo de beneficios y se combinará con los servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados.

Este documento pretende ser una referencia rápida, no una descripción completa. Las limitaciones y exclusiones se pueden encontrar en los documentos oficiales del plan. En caso de discrepancias, regirán los documentos oficiales

Redwood Empire Schools' Insurance Group (RESIG)
Blue Shield (SISC)
Effective Date: October 1, 2025/Fecha de inicio: 1 de octubre de 2025

Medical Plan Benefits
Calendar Year Deductible Individual / Family
Annual Out-of-Pocket Maximum Individual / Family
Physician Office Visit
Specialist Copay
Preventative Care
Lab and X-Ray
CT, MRI, PET scans
Other lab and x-ray tests
Hospitalization
Inpatient
Outpatient
Emergency Room
Urgent Care Services
Durable Medical Equipment
Chiropractic Care
Acupuncture Care
Prescription Drugs
Rx Copay Out-of-Pocket Maximum
Retail - 30 day supply
Mail Order - 90 day supply
Specialty - 30 day supply

Blue Shield –2 Tier HSA\$5000	
In-Network	Out-of-Network
\$5,000 / \$10,000	
\$6,350 / \$12,700	
30%	50%
30%	50%
No Charge (ded waived)	Not Covered
30%	50% (max \$350 / day)
30%	Not Covered
30%	All charges above \$600
30%	All charges above \$350
\$100 / visit + 30% (Copay waived if admitted)	
30%	50%
30%	Not Covered
30% up to 20 visits per year	Not Covered
30%	50% up to 12 visits per year
Generic / Brand	
Combined with Medical	
Network: \$9 / \$35; Costco: \$0 / \$35	
Costco: \$0 / \$90	Not Covered
Navitus: \$35	Not Covered

Beneficios del plan médico
Deducible por año calendario Individual / Familiar
Máximo anual de gastos de bolsillo Individual / Familiar
Visita al consultorio del médico
Copago de especialista
Atención preventiva
Laboratorio y Rayos X Tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, tomografías por emisión de positrones Otras pruebas de laboratorio y radiografías
Hospitalización
Paciente interno
Paciente externo
Sala de emergencias
Servicios de atención urgente
Equipo médico duradero
Atención quiropráctica
Cuidado de la acupuntura
Medicamentos
Rx Copago Máximo de bolsillo
Minorista: suministro para 30 días
Pedido por correo: suministro para 90 días
Especialidad - Suministro para 30 días

Blue Shield –2 Tier HSA\$5000	
Dentro de la Red	Fuera de la red
\$5,000 / \$10,000	
\$6,350 / \$12,700	
30%	50%
30%	50%
Sin cargo (sin deducible)	No cubierto por el plan
30%	50% (hasta \$350 / día)
30%	No cubierto por el plan
30%	Todos los cargos superiores a \$600
30%	Todos los cargos superiores a \$350
\$100 por visita + 30% (Copago exonerado si es admitido)	
30%	50%
30%	No cubierto por el plan
30% hasta 20 visitas al año	No cubierto por el plan
30%	50% hasta 12 visitas al año
Genérico / Marca	
Combinado con Médico	
Dentro de la Red: \$9 / \$35; Costco: \$0 / \$35	
Costco: \$0 / \$90	No cubierto por el plan
Navitus: \$35	No cubierto por el plan

- \$0 copay for the first three primary care visits each calendar year
 - Services and supplies for the following Outpatient surgeries are subject to a Benefit maximum if performed in the Outpatient department of a Hospital: athroscopy, cataract surgery, colonoscopy, upper GI endoscopy, and upper GI endoscopy with biopsy. The Benefit maximum does not apply when the same services are provided in a participating Ambulatory Surgery Center. Refer to your EOC for specific maximums and details.
 - Skilled Nursing Facility Benefit Limit will change to a 150 day limit per benefit period and will be combined with inpatient rehabilitation services.
- Este documento pretende ser una referencia rápida, no una descripción completa. Las limitaciones y exclusiones se pueden encontrar en los documentos oficiales del plan. En caso de discrepancias, regirán los documentos oficiales del plan.
- Copago de \$0 por las primeras tres visitas de atención primaria cada año calendario
 - Los servicios y suministros para las siguientes cirugías ambulatorias están sujetos a un beneficio máximo si se realizan en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital: atroscopia, cirugía de cataratas, colonoscopia, endoscopia GI superior y endoscopia GI superior con biopsia. El máximo del Beneficio no se aplica cuando los mismos servicios se brindan en un Centro de Cirugía Ambulatoria participante. Consulte su EOC para conocer los máximos y detalles específicos.
 - El límite de beneficios del centro de enfermería especializada cambiará a un límite de 150 días por periodo de beneficios y se combinará con los servicios de rehabilitación para pacientes internados.

Redwood Empire Schools' Insurance Group (RESIG)
Anthem Blue Cross (SISC)
Effective Date: October 1, 2025/Fecha de inicio: 1 de octubre de 2025

Medical Plan Benefits	Platinum + In-Network	Platinum In-Network	Gold In-Network	Beneficios del plan médico
Calendar Year Deductible Individual / Family	None	None	None	Deducible por año calendario Individual / Familiar
Annual Out-of-Pocket Maximum Individual / Family	\$1,000 / \$3,000	\$2,000 / \$4,000	\$3,000 / \$6,000	Máximo anual de gastos de bolsillo Individual / Familiar
Physician Office Visit	\$0	\$0	\$0	Visita al consultorio del médico
Specialist Copay	\$40	\$70	\$100	Copago de especialista
Preventative Care	No Charge	No Charge	No Charge	Atención preventiva
Lab and X-Ray CT, MRI, PET scans: Radiology Center Outpatient Hospital Other lab and x-ray tests: Radiology Center Outpatient Hospital	\$100 \$250 \$25 \$75	\$200 \$500 \$50 \$150	\$300 \$750 \$75 \$225	Laboratorio y Rayos X Tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, tomografías por emisión de positrones Otras pruebas de laboratorio y radiografías
Hospitalization Inpatient	\$200	\$400	\$600	Hospitalización Paciente interno
Emergency Room	\$300	\$600	\$900	Sala de emergencias
Urgent Care Services	\$0	\$0	\$0	Servicios de atención urgente
Durable Medical Equipment	10%	20%	30%	Equipo médico duradero
Chiropractic Care	\$0	\$0	\$0	Atención quiropráctica
Acupuncture Care	\$0	\$0	\$0	Cuidado de la acupuntura
Prescription Drugs	Generic / Brand	Generic / Brand	Generic / Brand	Medicamentos
Rx Copay Out-of-Pocket Maximum	\$2,500 Individual / \$3,500 Family	\$2,500 Individual / \$3,500 Family	\$2,500 Individual / \$3,500 Family	Rx Copago Máximo de bolsillo
Retail - 30 day supply	Network: \$9 / \$35 Costco: \$0 / \$35	Network: \$9 / \$35 Costco: \$0 / \$35	Network: \$9 / \$35 Costco: \$0 / \$35	Minorista: suministro para 30 días
Mail Order - 90 day supply	Costco: \$0 / \$90	Costco: \$0 / \$90	Costco: \$0 / \$90	Pedido por correo: suministro para 90 días
Specialty - 30 day supply	Navitus: \$35	Navitus: \$35	Navitus: \$35	Especialidad - Suministro para 30 días

This comparison displays member cost-share for In-Network services. Out-of-Network services may not be covered. Please refer to the plan documents available through your district for applicable details, limit

Esta comparación muestra la parte del costo que corresponde al miembro para servicios dentro de la red. Es posible que los servicios fuera de la red no estén cubiertos. Por favor, consulte los documentos del p
empleado/deducción de nómina, si corresponde, puede solicitarse al distrito.