

Benefit Summary

278 Long Beach/Orange County
Kaiser Permanente

Get answers to
your questions.
Call (855) 844-5262



The following is a summary of the benefits payable under the Kaiser Permanente HMO. Benefits payable are governed by the contract between UNITE HERE HEALTH and Kaiser. If there are any conflicts between this summary and the contract with Kaiser, the terms of the contract will govern.



Description of Services

Effective January 1, 2019

What You Pay For	Kaiser Permanente HMO	
Calendar Year Deductible	None	
Employee Contribution	\$10 per week	
Calendar Year Out-of-Pocket Maximum	\$1,500 per person; \$3,000 per family (2 or more members); includes prescription drug copays	
Office Visit — Most primary and specialty care exams/treatment	\$10 copay	
Preventive/Wellness Care	\$0	
Consejo Sano — 24/7 medical advice in Spanish	Not available	
Physical, Occupational, and Speech Therapy	\$10 copay	
Urgent Care	\$10 copay	
Emergency Room Visit — No copay if admitted	\$150 copay	
Ambulance	\$0	
Hospitalization — Includes inpatient surgery and mental health and substance abuse treatment	\$250 copay	
Outpatient Surgery	\$10 copay	
Outpatient X-Ray and Lab	\$0	
Mental Health and Substance Abuse Treatment — Outpatient	\$10 copay (individual); \$5 copay (group therapy)	
Home Healthcare — 100-visit maximum per year	\$0	
Skilled Nursing Facility — 100-day maximum per year	\$0	
Hospice Care	\$0	
Durable Medical Equipment	\$0	
Prescription Drugs	Retail Drugs	Mail Drugs
Generic	\$10 copay	\$20 copay
Brand Name	\$25 copay	\$50 copay
Specialty	\$25 copay	\$50 copay

Dental Options

The following is a summary of the benefits payable under each dental option. Benefits under the LIBERTY Dental HMO are provided through a contract between UNITE HERE HEALTH and Liberty Dental Plan. If there is a conflict between the Liberty Dental PPO and the LA Dental Center benefits shown in this summary and your Plan documents, your Plan documents govern. Copays may be different for precious (high noble) or semi-precious (noble) metals. Frequency limits may apply to services and supplies.

What You Pay For	LIBERTY Dental Plan DHMO	LIBERTY Dental Plan PPO	UHH L.A. Dental Center Plan
Annual Maximum (per person)	No maximum	\$1,500/person (non-orthodontic); Maximum does not apply to exams for persons under the age of 19	No maximum
Annual Deductible	\$0	\$50/person; \$150/family	\$0
Non-Network Coverage	Not covered—except for emergencies (up to \$75 per year)	30% preventive 40% minor restorative 60% major restorative	Not covered— except for emergencies
Routine Oral Exams	\$0	\$0	\$0*
Routine X-Rays	\$0	\$0	\$0*
Routine Cleaning	\$0	\$0	\$0*
Fillings — Amalgam	\$0	20% after deductible	10% (approximately \$12 – \$20*)
Deep Cleaning (periodontal scaling/root planing)	\$0	20% after deductible	10% (approximately \$12 – \$17*)
Comprehensive Orthodontic Treatment (child)	\$1,550	50% with a lifetime maximum of \$2,500	Not covered

*Cost sharing may change

Vision

What You Pay For	In-Network — UnitedHealthcare
Exam	\$15
Lenses	\$10
Frames	\$10 (\$130 maximum)
Elective Contacts (instead of glasses)	\$10
Medically Necessary Contacts	\$10 (benefits limited to \$105 for non-standard contacts like toric and gas permeable lenses)
Children under age 13 also receive:	
<ul style="list-style-type: none"> A second eye exam every year with a network provider. (The \$15 copay will apply.) A new pair of glasses from a network provider (frames and lenses) if the child's prescription changes by 0.5 diopters or more during a year. (The \$10 copay will apply.) 	
<i>Limited non-network benefits available</i>	

To find a medical provider or learn about your medical/ prescription drug benefits:

Kaiser Permanente HMO

(800) 464-4000
www.kp.org

For information about your dental and vision options:

LIBERTY Dental Plan
Customer Service

(888) 442-4585
www.libertydentalplan.com

UNITE HERE HEALTH
Los Angeles Dental Center
130 S. Alvarado St.,
Los Angeles, CA 90057

(213) 484-9660
www.uhhdental.org

UnitedHealthcare
Customer Service (vision)

(800) 638-3120
www.myuhcvision.com

Life and Accidental Death & Dismemberment (AD&D)

Employees Only	What the Plan Pays
Life Insurance	\$1,000
AD&D Insurance (full amount)	\$1,000



13252 Garden Grove Blvd., Suite 200
Garden Grove, CA 92843

(855) 844-5262 • www.uhh.org

Resumen de Beneficios

278 Long Beach/Orange County
Kaiser Permanente

Obtenga respuestas
a sus preguntas.

Llame al
(855) 844-5262

A continuación le brindamos un resumen de los beneficios pagaderos bajo Kaiser Permanente HMO. Los beneficios pagaderos están sujetos al contrato entre UNITE HERE HEALTH y Kaiser. Si existen discrepancias entre este resumen y el contrato con Kaiser, prevalecerán los términos del contrato.



Descripción de los servicios

A partir del 1 de enero de 2019

Lo que usted paga	Kaiser Permanente HMO
Deducible por año calendario	Ninguno
Contribución del empleado	\$10 por semana
Máximo gasto por año calendario	\$1,500 por persona; \$3,000 por familia (2 o más miembros); incluye copagos de medicamentos recetados
Visitas a la clínica — La mayoría de la atención primaria y exámenes/tratamientos de atención especializada	\$10 copago
Cuidados preventivos/de rutina	\$0
Consejo Sano — Asesoramiento médico GRATUITO 24/7 en español	No disponible
Terapia Física, Ocupacional o del Habla	\$10 copago
Cuidados urgentes	\$10 copago
Visitas a la sala de emergencias—Sin copago si se admite	\$150 copago
Ambulancia	\$0
Hospitalización—Incluyendo cirugías con internación y tratamiento de salud mental y por abuso de sustancias	\$250 copago
Cirugía ambulatoria	\$10 copago
Radiografías y análisis de laboratorio para pacientes ambulatorios	\$0
Tratamiento de salud mental y por abuso de sustancias—Pacientes ambulatorios	\$10 copago (individual); \$5 copago (terapia de grupo)
Cuidados domiciliarios de salud—Limitado a 100 visitas por año	\$0
Centro de cuidados especializados—Limitado a 100 días por año	\$0
Cuidados de hospicio	\$0
Equipos médicos duraderos	\$0

Lo que usted paga	Kaiser Permanente HMO	
	Medicamentos de venta minorista (retail)	Medicamentos de venta por correo
Medicamentos con Receta		
Genéricos	\$10 copago	\$20 copago
Marca pref.	\$25 copago	\$50 copago
Especializados	\$25 copago	\$50 copago

Opciones dentales

El siguiente es un resumen de los beneficios pagables bajo cada opción dental. Los beneficios bajo LIBERTY Dental HMO se proporcionan a través de un contrato entre UNITE HERE HEALTH y su plan dental. En caso de que hubiera conflictos entre este resumen y el contrato con el HMO, regirán los términos del contrato. Los copagos pueden ser diferentes para metales preciosos (noble alta) o semi-preciosos (noble). Límites de frecuencia pueden aplicarse a servicios y materiales.

Lo que usted paga	LIBERTY Dental Plan DHMO	LIBERTY Dental Plan PPO	UHH L.A. Dental Center Plan
Máximo anual (por persona)	No hay máximo	\$1,500/persona (si no es ortodoncia); El máximo no aplica a exámenes para personas menores de 19 años	No hay máximo
Deducible anual	\$0	\$50/persona; \$150/familia	\$0
Fuera de la cobertura de red	No hay cobertura — excepto en emergencias (límite de hasta \$75)	30% preventiva 40% restauración mínima 60% restauración máxima	No hay cobertura — excepto en caso de emergencia
Exámenes orales de rutina	\$0	\$0	\$0*
Radiografías de rutina	\$0	\$0	\$0*
Limpieza de rutina	\$0	\$0	\$0*
Rellenos — Amalgama	\$0	20% después del deducible	10% (aproximadamente \$12–\$20*)
Limpieza profunda (raspado periodontal/ alisado radicular)	\$0	20% después del deducible	10% (aproximadamente \$12–\$17*)
Tratamiento integral de ortodoncia (niño)	\$1,550	50% con un máximo de por vida de \$2,500	No se cubre

*El costo compartido puede cambiar

Vision	Beneficios limitados fuera de la red disponibles
Lo que usted paga	Dentro de la Red – UnitedHealthcare
Examen	\$15
Lentes	\$10
Marcos	\$10 (\$130 máximo)
Lentes de Contacto Electivos (en lugar de anteojos)	\$10
Lentes de contacto médicamente necesarios	\$10 (beneficios limitados a \$105 para lentes de contacto no estándar, como lentes tóricas y permeables al gas)
Los niños menores de 13 años también reciben:	
<ul style="list-style-type: none"> • Un segundo examen de la vista cada año con un proveedor dentro de la red. (Se aplicará el copago de \$15.) • Un nuevo par de anteojos de un proveedor dentro de la red (marcos y lentes) si la prescripción del niño(a) cambia en 0.5 dioptrías o más durante un año. (Se aplicará el copago de \$10.) 	

Beneficios de seguro de vida y muerte accidental

Solo empleados	Lo que el Plan paga
Seguro de vida	\$1,000
Muerte accidental (monto total)	\$1,000

Para encontrar un proveedor de servicios médicos o aprender acerca de los beneficios de medicamentos médicos/receta:

Kaiser Permanente HMO	(800) 464-4000 www.kp.org
-----------------------	------------------------------

Para obtener más información acerca de las opciones dentales y de visión:

Servicio al cliente de LIBERTY Dental Plan	(888) 442-4585 www.libertydentalplan.com
UNITE HERE HEALTH Los Angeles Dental Center 130 S. Alvarado St., Los Angeles, CA 90057	(213) 484-9660 www.uhhdental.org
Servicio al cliente de UnitedHealthcare (visión)	(800) 638-3120 www.myuhcvision.com



13252 Garden Grove Blvd., Suite 200; Garden Grove, CA 92843
(855) 844-5262 • www.uhh.org