

Benefits at a Glance



Long Beach/Orange County Plan 278: Kaiser Permanente • Effective 1/1/2025



Make the most of your benefits!

- **Get a primary care provider (PCP).** Primary care providers coordinate all your care and can save you time and money.
- Visit your PCP's office or urgent care center whenever possible. **Avoid hospitals** — they often charge more for the same services.
- **Stay in network** when you see a doctor or visit a pharmacy.

Medical

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.

What You Pay For	Kaiser Permanente HMO
Calendar Year Deductible	None
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
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 calendar year	\$0
Skilled Nursing Facility — 100-day maximum per benefit period	\$0
Hospice Care	\$0
Durable Medical Equipment	\$0
Hearing Aid Benefit	You pay \$0; Plan pays up to \$3,000 per ear every 36 months

Questions? Call: (855) 844-5262 • Visit: www.uhh.org/lboc

Prescription Drugs (<i>Kaiser Permanente HMO</i>)	Retail Drugs	Mail Drugs
Generic	\$10 copay	\$20 copay
Brand Name	\$25 copay	\$50 copay
Specialty	\$25 copay	Varies by item

Dental Options		
<i>This 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 information your Plan provides and the contract, the contract governs. If there is a conflict between the Liberty Dental PPO 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.</i>		
What You Pay For	LIBERTY Dental Plan DHMO	LIBERTY Dental Plan PPO
Annual Maximum (<i>per person</i>)	No maximum	\$1,500/person (<i>non-orthodontic</i>); Maximum does not apply to exams for persons under the age of 19
Annual Deductible	\$0	\$50/person; \$150/family
Non-Network Coverage	Not covered — except for emergencies (<i>up to \$75 per year</i>)	30% (<i>preventive</i>) 40% after deductible (<i>minor restorative</i>) 60% after deductible (<i>major restorative</i>)
Routine Oral Exams	\$0	\$0
Routine X-Rays	\$0	\$0
Routine Cleaning	\$0	\$0
Fillings — Amalgam	\$0	20% after deductible
Deep Cleaning (<i>periodontal scaling/root planing</i>)	\$0	20% after deductible
Comprehensive Orthodontic Treatment (<i>child</i>)	\$1,550	50% with a lifetime maximum of \$2,500

Vision — Covered once every 24 months; consult your Summary Plan Description for non-network benefits	
What You Pay For	In-Network — UnitedHealthcare
Exam	\$15
Lenses	\$10
Frames	\$10 (\$130 maximum)
Elective Contacts (<i>instead of glasses</i>)	\$10
Medically Necessary Contacts	\$10 (<i>benefits limited to \$105 for non-standard contacts like toric and gas permeable lenses</i>)
Children under age 13 and pregnant women also receive: - A second eye exam during the 24-month benefit period with a network provider. (<i>The \$15 copay will apply.</i>) - A new pair of glasses from a network provider (<i>frames and lenses</i>) if the person’s prescription changes by 0.5 diopters or more during the 24-month benefit period. (<i>The \$10 copay will apply.</i>)	
Limited non-network benefits available	

Life and Accidental Death & Dismemberment (AD&D) — What the Plan Pays	
Description	Benefit
Employee Life (<i>for active employees only</i>)	\$20,000
Dependent Life	\$20,000 spouse and child(ren) age 6 months and older; \$3,000 child(ren) from live birth to age 6 months
Employee AD&D (<i>full amount</i>)	\$20,000

Beneficios a simple vista

Long Beach/Orange County Plan 278: Kaiser Permanente • Vigente 1/1/2025



¡Aproveche sus beneficios al máximo!

- **Elija un proveedor de atención primaria (PCP).** Los proveedores de atención primaria coordinan todos sus cuidados y pueden ahorrarle tiempo y dinero.
- Visite el consultorio de su PCP o un centro de cuidados de urgencias siempre que sea posible. **Evite los hospitales** — en general cobran más por los mismos servicios.
- **Permanezca dentro de la red** cuando vea un médico o visite una farmacia.

Médica

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.

Lo que usted paga	Kaiser Permanente HMO
Deducible por año calendario	Ninguno
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
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 : Máximo de 100 visitas por año calendario	\$0
Centro de enfermería especializada: máximo de 100 días por período de beneficios	\$0
Cuidados de hospicio	\$0
Equipos médicos duraderos	\$0
Beneficio de audífonos	Usted paga \$0; El plan paga hasta \$3,000 por oído cada 36 meses

¿Preguntas? Llame: (855) 844-5262 • Visite: www.uhh.org/lboc

Medicamentos con Receta (Kaiser Permanente HMO)	Medicamentos de venta minorista (retail)	Medicamentos de venta por correo
Genéricos	\$10 copago	\$20 copago
Marca pref.	\$25 copago	\$50 copago
Especializados	\$25 copago	Varía según el artículo

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. Si existe un conflicto entre la información que proporciona su Plan y el contrato, el contrato rige. Si existe un conflicto entre los beneficios de Liberty Dental PPO que se muestran en este resumen y los documentos de su Plan, prevalecerán los documentos de su Plan. Los copagos pueden ser diferentes para metales preciosos (noble alta) o semipreciosos (noble). Límites de frecuencia pueden aplicarse a servicios y materiales.		
Lo que usted paga	LIBERTY Dental Plan DHMO	LIBERTY Dental Plan PPO
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
Deducible anual	\$0	\$50/persona; \$150/familia
Fuera de la cobertura de red	No hay cobertura — excepto en emergencias (límite de hasta \$75)	30% (preventiva) 40% después del deducible (restauración mínima) 60% después del deducible (restauración máxima)
Exámenes orales de rutina	\$0	\$0
Radiografías de rutina	\$0	\$0
Limpieza de rutina	\$0	\$0
Rellenos — Amalgama	\$0	20% después del deducible
Limpieza profunda (raspado periodontal/alisado radicular)	\$0	20% después del deducible
Tratamiento integral de ortodoncia (niño)	\$1,550	50% con un máximo de por vida de \$2,500

Visión — Cubierto una vez cada 24 meses; consulte su Descripción Resumida del Plan (SPD) para conocer los beneficios que no pertenecen a la red	
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 y las mujeres embarazadas también reciben:	
- Un segundo examen de la vista durante el período de beneficio de 24 meses con un proveedor 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 de la persona cambia en 0.5 dioptrías o más durante el período de beneficio de 24 meses. (Se aplicará el copago de \$10.)	
Beneficios limitados fuera de la red disponibles	

Beneficios de seguro de vida y muerte accidental — Lo que el plan paga	
Descripción	Beneficio
Beneficios del seguro de vida del empleado (únicamente para empleados activos)	\$20,000
Beneficios del seguro de vida del dependiente inscripto	\$20,000 cónyuge e hijo(s) de 6 meses de edad o más; \$3,000 hijo(s) desde nacimiento hasta los 6 meses
Muerte accidental (cantidad total)	\$20,000