



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 PLAN OPTIONS

Unless stated otherwise, this chart shows what you pay for covered expenses. Your primary care doctor takes care of all specialist referrals and gets approval for your medical care.

Plan Details	Kaiser2+	Kaiser+
Employee Contribution	\$50 per month	\$25 per month
Annual Deductible — You must pay your deductible each year before benefits are paid for most covered expenses	None	\$1,000 individual \$2,000 family
Annual Out-of-Pocket Spending Limit	\$2,000 individual \$4,000 family	\$3,000 individual \$6,000 family
Office Visits		
Preventive Healthcare	\$0	\$0
Primary and Specialty Care	\$20 per visit	\$20 per visit
Mental Health/Substance Abuse — Individual office visit	\$20 per visit	\$20 per visit
Emergency and Urgent Care Services		
Urgent Care	\$20 per visit	\$20 per visit
Emergency Room (ER)	\$150 per visit <i>No copay if admitted</i>	20% after deductible <i>No copay if admitted</i>
Ambulance	\$50 per trip	\$150 per trip
Inpatient Services		
Hospital Inpatient Services and Surgery — Includes mental health/substance abuse treatment	\$500 per admit	20% after deductible
Skilled Nursing Facility	\$0 <i>up to 100 days per year</i>	20% <i>up to 100 days per year</i>

Questions? Call: (855) 484-8480 or (213) 484-8480 • Visit: www.uhh.org/la

MEDICAL PLAN OPTIONS *(continued)*

Unless stated otherwise, this chart shows what you pay for covered expenses. Your primary care doctor takes care of all specialist referrals and gets approval for your medical care.

Plan Details	Kaiser2+		Kaiser+	
Outpatient Services				
Outpatient Surgery	\$20 per procedure		20% after deductible	
X-Ray and Laboratory Services	\$0		\$10 per procedure	
Physical, Occupational, and Speech Therapy	\$20 per visit		\$20 per visit	
Select Covered Services				
Durable Medical Equipment	20%		20%	
Home Healthcare	\$0, up to 100 days per year		\$0, up to 100 days per year	
Hospice Care	\$0		\$0	
Most services from non-network providers	Not covered		Not covered	
Hearing Aid Benefit	You pay \$0; Plan pays up to \$3,000 per ear every 36 months			
Prescription Drugs <i>Must use a Kaiser pharmacy</i>	Retail up to a 30-day supply	Mail Order up to a 100-day supply	Retail up to a 30-day supply	Mail Order up to a 100-day supply
Generic	\$10	\$20	\$10	\$20
Brand Name	\$30	\$60	\$30	\$60
Specialty and Biosimilar	\$30	Varies by item	\$30	Varies by item

Additional Benefits

Dental Care

You must visit your selected or assigned dentist (listed on your ID card letter) in order to receive benefits.

Deductible	\$0
Calendar Year Benefit Maximum	None
Routine Oral Exams/Cleanings	\$0
Most X-Rays	\$0
Fillings	\$0
Crowns	\$95 – \$195
Root Canal	\$45 – \$205
Orthodontics — Child under 19 <i>Paid over 24 months</i>	\$2,270 total*
Orthodontics — Adults <i>Paid over 24 months</i>	\$2,470 total*
<i>*Includes all covered pre- and post-service treatment</i>	

Life Insurance

Employees	\$20,000	
Enrolled dependents	Spouse	\$20,000
	Child, 6 months and older	\$20,000
	Child, live birth to age 6 months	\$10,000
Accidental Death & Dismemberment — <i>Employees only</i>	\$20,000	

Vision Care

Covered once every 24 months; consult your Summary Plan Description for non-network benefits

Plan Services	UnitedHealthcare Provider
Exam	\$15
Lenses/Frames	\$10 <i>plan benefits limited to \$130 for frames; lenses covered in full</i>
Elective Contact Lenses <i>instead of glasses</i>	\$10 <i>plan 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 with a network provider during the 24-month benefit period. *(The \$15 copay will apply.)*
- A new pair of glasses from a network provider *(frames and lenses)* if the person's prescription changes by 0.5 diopters or more during the 24-month benefit period. *(The \$10 copay will apply.)*

Questions? Call:
(855) 484-8480 or (213) 484-8480

Visit: www.uhh.org/la



¡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.

OPCIONES DE PLAN MÉDICO

A menos que se indique lo contrario, esta tabla muestra lo que usted paga por los gastos cubiertos. Su médico de atención primaria se encarga de todas las referencias a especialistas y obtiene aprobación para su atención médica.

Detalles del Plan	Kaiser2+	Kaiser+
Contribución del Empleado	\$50 por mes	\$25 por mes
Deducible anual — Tiene que pagar su deducible cada año antes de que se paguen los beneficios de la mayoría de los gastos cubiertos	Ninguno	\$1,000 individual \$2,000 familiar
Límite anual de gastos fuera de bolsillo	\$2,000 individual \$4,000 familiar	\$3,000 individual \$6,000 familiar
Visitas al Consultorio		
Atención Médica Preventiva	\$0	\$0
Atención Primaria y Especializada	\$20 por visita	\$20 por visita
Salud Mental/Abuso de Sustancias — Visita individual a la consulta médica	\$20 por visita	\$20 por visita
Servicios de Emergencia y Atención Urgente		
Atención Urgente	\$20 por visita	\$20 por visita
Sala de Emergencias (ER)	\$150 por visita <i>Sin copago si es admitido</i>	20% después del deducible <i>Sin copago si es admitido</i>
Ambulancia	\$50 por viaje	\$150 por viaje
Servicios de Hospitalización		
Servicios de Hospitalización y Cirugía — Incluye tratamiento de salud mental/abuso de sustancias	\$500 por admisión	20% después del deducible
Centro de Enfermería Especializada	\$0 <i>hasta 100 días por año</i>	20% <i>hasta 100 días por año</i>

¿Preguntas? Llame: (855) 484-8480 o (213) 484-8480 • Visite: www.uhh.org

OPCIONES DE PLAN MÉDICO (continuación)

A menos que se indique lo contrario, esta tabla muestra lo que usted paga por los gastos cubiertos. Su médico de atención primaria se encarga de todas las referencias a especialistas y obtiene aprobación para su atención médica.

Detalles del Plan	Kaiser2+		Kaiser+	
Servicios Ambulatorios				
Cirugía Ambulatorios	\$20 por procedimiento		20% después del deducible	
Servicios de Radiografías y de Laboratorio	\$0		\$10 por procedimiento	
Terapia Física, Ocupacional y del Habla	\$20 por visita		\$20 por visita	
Servicios Cubiertos Seleccionados				
Equipo Médico Duradero	20%		20%	
Cuidado de la Salud en el Hogar	\$0, hasta 100 días por año		\$0, hasta 100 días por año	
Cuidado de Hospicio	\$0		\$0	
La mayoría de los servicios de proveedores que no pertenecen a la red	No tiene cobertura		No tiene cobertura	
Beneficio de audífonos	Usted paga \$0; El plan paga hasta \$3,000 por oído cada 36 meses			
Medicamentos con Receta <i>Tiene que usar una farmacia de Kaiser</i>	Minorista Suministros de hasta 30 días	Pedido por Correo Suministros de hasta 100 días	Minorista Suministros de hasta 30 días	Pedido por Correo Suministros de hasta 100 días
Genéricos	\$10	\$20	\$10	\$20
De Marca	\$30	\$60	\$30	\$60
Especializados y Biosimilares	\$30	Varía según el artículo	\$30	Varía según el artículo

Beneficios Adicionales

Cuidado Dental

Usted debe visitar a su dentista seleccionado o asignado (listado en la carta de su tarjeta de identificación) para recibir beneficios.

Deducible	\$0
Máximo de Beneficio por Año Calendario	Ninguno
Exámenes o Limpiezas Orales de Rutina	\$0
La Mayoría de las Radiografías	\$0
Empastes	\$0
Coronas	\$95 – \$195
Conducto Radicular	\$45 – \$205
Ortodoncia — Niños menores de 19 años <i>Se paga durante 24 meses</i>	\$2,270 en total*
Ortodoncia — Adultos <i>Se paga durante 24 meses</i>	\$2,470 en total*
*Incluye todo el tratamiento cubierto previo y posterior al servicio	

Seguro de Vida

Empleados	\$20,000	
Dependientes inscritos	Cónyugee	\$20,000
	Niño de 6 meses en adelante	\$20,000
	Niño, nacido vivo hasta la edad de 6 meses	\$10,000
Seguro de muerte accidental y desmembramiento — solo empleados	\$20,000	

Cuidado de la Visión

Cubierto una vez cada 24 meses;
Consulte su SPD para beneficios fuera de la red

Servicios del Plan	Proveedor UnitedHealthcare
Examen	\$15
Lentes/Marcos	\$10 <i>beneficios del plan limitados a \$130 para marcos; lentes están cubiertos en su totalidad</i>
Lentes de Contacto Electivos en lugar de anteojos	\$10 <i>beneficios del plan limitados a \$105 para lentes de contacto no estándar como lentes tóricas y permeables a los gases</i>

Los niños menores de 13 años y las mujeres embarazadas también reciben:

- Un segundo examen de la vista con un proveedor de la red durante el período de beneficio de 24 meses. (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.)

¿Preguntas? Llame:
(855) 484-8480 o (213) 484-8480

Visite: www.uhh.org/la