



## 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](http://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+	
<b>Outpatient Services</b>				
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	
<b>Select Covered Services</b>				
Durable Medical Equipment	20%		20%	
Home Healthcare	\$0 <i>up to 100 days per year</i>		\$0 <i>up to 100 days per year</i>	
Hospice Care	\$0		\$0	
<b>Most services from non-network providers</b>	Not covered		Not covered	
<b>Prescription Drugs</b> <i>Must use a Kaiser pharmacy</i>	<b>Retail</b> up to a 30-day supply	<b>Mail Order</b> up to a 100-day supply	<b>Retail</b> up to a 30-day supply	<b>Mail Order</b> 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*

*\*Includes all covered pre- and post-service treatment*

### 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
<b>Accidental Death &amp; Dismemberment</b> — <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 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 child'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](http://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
<b>Visitas al Consultorio</b>		
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
<b>Servicios de Emergencia y Atención Urgente</b>		
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
<b>Servicios de Hospitalización</b>		
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](http://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+	
<b>Servicios Ambulatorios</b>				
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	
<b>Servicios Cubiertos Seleccionados</b>				
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	
<b>La mayoría de los servicios de proveedores que no pertenecen a la red</b>	No tiene cobertura		No tiene cobertura	
<b>Medicamentos con Receta</b> <i>Tiene que usar una farmacia de Kaiser</i>	<b>Minorista</b> Suministros de hasta 30 días	<b>Pedido por Correo</b> Suministros de hasta 100 días	<b>Minorista</b> Suministros de hasta 30 días	<b>Pedido por Correo</b> 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
<b>Seguro de muerte accidental y desmembramiento</b> — 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 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 del niño(a) 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](http://www.uhh.org/la)