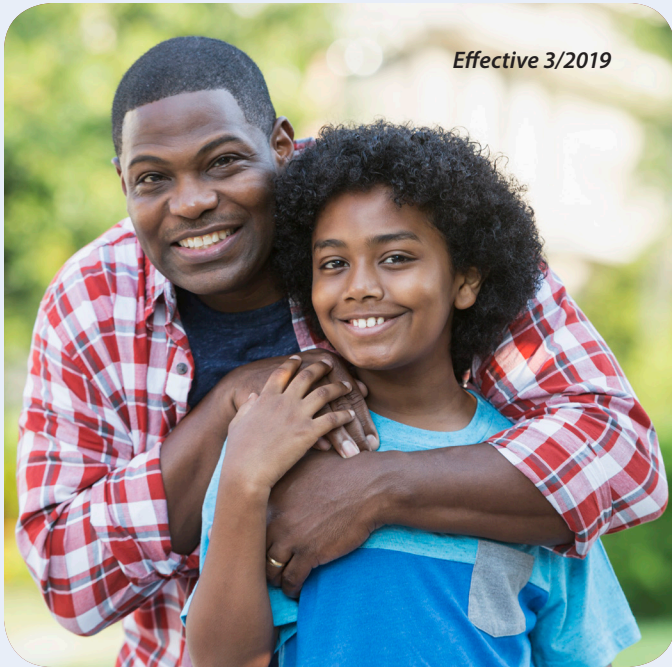


Benefits at a Glance



Effective 3/2019

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	Kaiser3+	Kaiser2+	Kaiser+
Employee Contribution	\$20 per month	\$10 per month	\$0
Annual Deductible — You must pay your deductible each year before benefits are paid for most covered expenses	None	None	\$1,000 individual \$2,000 family
Annual Out-of-Pocket Spending Limit	\$1,500 individual \$3,000 family	\$2,000 individual \$4,000 family	\$3,000 individual \$6,000 family
Office Visits			
Preventive Healthcare	\$0	\$0	\$0
Primary and Specialty Care	\$10 per visit	\$20 per visit	\$20 per visit
Mental Health/Substance Abuse — Individual office visit	\$10 per visit	\$20 per visit	\$20 per visit
Emergency and Urgent Care Services			
Urgent Care	\$10 per visit	\$20 per visit	\$20 per visit
Emergency Room (ER)	\$150 per visit <i>No copay if admitted</i>	\$150 per visit <i>No copay if admitted</i>	20% after deductible <i>No copay if admitted</i>
Ambulance	\$0	\$50 per trip	\$150 per trip

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

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	Kaiser3+		Kaiser2+		Kaiser+	
Inpatient Services						
Hospital Inpatient Services and Surgery — Includes mental health/substance abuse treatment	\$0		\$500 per admit		20% after deductible	
Skilled Nursing Facility	\$0 <i>up to 100 days per year</i>		\$0 <i>up to 100 days per year</i>		20% <i>up to 100 days per year</i>	
Outpatient Services						
Outpatient Surgery	\$10 per procedure		\$20 per procedure		20% after deductible	
X-Ray and Laboratory Services	\$0		\$0		\$10 per procedure	
Physical, Occupational, and Speech Therapy	\$10 per visit		\$20 per visit		\$20 per visit	
Select Covered Services						
Durable Medical Equipment	\$0		20%		20%	
Home Healthcare	\$0 <i>up to 100 days per year</i>		\$0 <i>up to 100 days per year</i>		\$0 <i>up to 100 days per year</i>	
Hospice Care	\$0		\$0		\$0	
Most services from non-network providers	Not covered		Not covered		Not covered	
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	Retail up to a 30-day supply	Mail Order up to a 100-day supply
Generic	\$10	\$20	\$10	\$20	\$10	\$20
Brand Name	\$25	\$50	\$30	\$60	\$30	\$60
Specialty and Biosimilar	\$25	\$50	\$30	\$60	\$30	\$60

Additional Benefits

Dental Care

Must use the Dental Center: (213) 484-9660

Plan Services	Dental2+ Members with Kaiser3+ or Kaiser2+	Dental+ Members with Kaiser+
Preventive	\$0	\$0
Minor Restorative	10%	15%
Major Restorative	15%	25%
<i>LA Dental Center does not provide orthodontia services</i>		

Life Insurance

Category	Benefit Amount
Employee	\$10,000
Dependent	\$10,000

Vision Care

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

**New
benefit!**

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:	
<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.) 	

Beneficios a simple vista



Vigente 3/2019

¡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	Kaiser3+	Kaiser2+	Kaiser+
Contribución del Empleado	\$20 por mes	\$10 por mes	\$0
Deducible anual — Tiene que pagar su deducible cada año antes de que se paguen los beneficios de la mayoría de los gastos cubiertos	Ninguno	Ninguno	\$1,000 individual \$2,000 familiar
Límite anual de gastos fuera de bolsillo	\$1,500 individual \$3,000 familiar	\$2,000 individual \$4,000 familiar	\$3,000 individual \$6,000 familiar
Visitas al Consultorio			
Atención Médica Preventiva	\$0	\$0	\$0
Atención Primaria y Especializada	\$10 por visita	\$20 por visita	\$20 por visita
Salud Mental/Abuso de Sustancias — Visita individual a la consulta médica	\$10 por visita	\$20 por visita	\$20 por visita
Servicios de Emergencia y Atención Urgente			
Atención Urgente	\$10 por visita	\$20 por visita	\$20 por visita
Sala de Emergencias (ER)	\$150 por visita <i>Sin copago si es admitido</i>	\$150 por visita <i>Sin copago si es admitido</i>	20% después del deducible <i>Sin copago si es admitido</i>
Ambulancia	\$0	\$50 por viaje	\$150 por viaje

¿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	Kaiser3+		Kaiser2+		Kaiser+	
Servicios de Hospitalización						
Servicios de Hospitalización y Cirugía — Incluye tratamiento de salud mental/abuso de sustancias	\$0		\$500 por admisión		20% después del deducible	
Centro de Enfermería Especializada	\$0 <i>hasta 100 días por año</i>		\$0 <i>hasta 100 días por año</i>		20% <i>hasta 100 días por año</i>	
Servicios Ambulatorios						
Cirugía Ambulatorios	\$10 por procedimiento		\$20 por procedimiento		20% después del deducible	
Servicios de Radiografías y de Laboratorio	\$0		\$0		\$10 por procedimiento	
Terapia Física, Ocupacional y del Habla	\$10 por visita		\$20 por visita		\$20 por visita	
Servicios Cubiertos Seleccionados						
Equipo Médico Duradero	\$0		20%		20%	
Cuidado de la Salud en el Hogar	\$0 <i>hasta 100 días por año</i>		\$0 <i>hasta 100 días por año</i>		\$0 <i>hasta 100 días por año</i>	
Cuidado de Hospicio	\$0		\$0		\$0	
La mayoría de los servicios de proveedores que no pertenecen a la red	No tiene cobertura		No tiene cobertura		No tiene cobertura	
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	Minorista Suministros de hasta 30 días	Pedido por Correo Suministros de hasta 100 días
Genéricos	\$10	\$20	\$10	\$20	\$10	\$20
De Marca	\$25	\$50	\$30	\$60	\$30	\$60
Especializados y Biosimilares	\$25	\$50	\$30	\$60	\$30	\$60

Beneficios Adicionales

Cuidado Dental

Debe usar el Dental Center: (213) 484-9660

Servicios del Plan	Dental2+ Miembros con Kaiser3+ o Kaiser2+	Dental+ Miembros con Kaiser+
Preventivo	\$0	\$0
Restaurativo Menor	10%	15%
Restaurativo Mayor	15%	25%

El Centro Dental de LA no provee servicios de ortodoncia

Seguro de Vida

Categoría	Monto del Beneficio
Empleado	\$10,000
Dependiente	\$10,000

Cuidado de la Visión

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

¡Nuevo beneficio!

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 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.)