

# Benefits at a Glance



## 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.

## PPO MEDICAL PLAN (only available to members currently enrolled in the PPO Plan)

*Unless stated otherwise, this chart shows what you pay for covered expenses. You must get prior authorization for certain services. If you don't, benefits may be denied. For more information, see your Summary Plan Description or visit [www.uhh.org/la](http://www.uhh.org/la)*

Plan Details	PPO Network	
Employee Contribution	\$50 per month	
Annual Deductible — You must pay your deductible each year before benefits are paid for most covered expenses	\$300 individual \$600 family	
Annual Out-of-Pocket Spending Limit	<i>Basic</i> \$700 per person	<i>Safety net</i> \$6,350 individual \$12,700 family
Office Visits		
Preventive Healthcare	\$0	
Primary and Specialty Care	10% after deductible	
Mental Health/Substance Abuse — Individual office visit	10% after deductible	
Emergency and Urgent Care Services		
Urgent Care	10% after deductible	
Emergency Room (ER)	\$100 per visit ( <i>no copay if admitted</i> )	
Ambulance	20% after deductible	
Inpatient Services		
Hospital Inpatient Services and Surgery — Includes mental health/substance abuse treatment	10% after deductible	
Skilled Nursing Facility	\$0 ( <i>up to 60 days per year</i> )	

**Questions? Call: (855) 484-8480 or (213) 484-8480 • Visit: [www.uhh.org](http://www.uhh.org)**

# PPO MEDICAL PLAN (continued)

Unless stated otherwise, this chart shows what you pay for covered expenses. You must get prior authorization for certain services. If you don't, benefits may be denied. For more information, see your Summary Plan Description or visit [www.uhh.org/la](http://www.uhh.org/la)

Outpatient Services		PPO Network					
Outpatient Surgery		10% after deductible					
X-Ray and Laboratory Services		10% after deductible					
Physical, Occupational, and Speech Therapy		10% after deductible (up to 60 visits per year)					
Chiropractic		10% after deductible (up to 40 visits per year)					
Select Covered Services							
Durable Medical Equipment		20% after deductible					
Home Healthcare		\$0 (up to 60 visits per year)					
Hospice Care		\$0 (up to 60 days per year)					
Most Services from Non-Network Providers		50% after deductible					
Formulary Prescription Drug Benefits		Retail Pharmacy up to a 34-day supply	Mail Order up to a 60-day supply				
Preventive Healthcare Services Drugs		\$0					
Generic and Some Brand Drugs		\$10					
Preferred Drugs		\$30					
Non-Preferred Drugs		\$50					
Select Specialty and Select Biosimilar Drugs <i>WellDyne Specialty Pharmacy is your specialty pharmacy: (800) 373-1879</i>		Not covered	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Generic</th> <th>Brand</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>\$10</td> <td>25%</td> </tr> </tbody> </table>	Generic	Brand	\$10	25%
Generic	Brand						
\$10	25%						
Non-formulary Prescription Drugs and Supplies		Not covered, unless an exception is approved					

## 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 (Paid over 24 months)	\$2,270 total*
Orthodontics — Adults (Paid over 24 months)	\$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)**

# Beneficios a simple vista



## ¡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.

## PLAN MÉDICO PPO (sólo disponible para miembros actualmente inscritos en el Plan PPO)

A menos que se indique lo contrario, esta tabla muestra lo que usted paga por los gastos cubiertos. Usted debe obtener una autorización previa para ciertos servicios. Si no lo hace, los beneficios se le puede negar. Para obtener más información, consulte su Descripción Resumida del Plan o visite [www.uhh.org/la](http://www.uhh.org/la)

Detalles del Plan		Red de PPO	
Contribución del Empleado		\$50 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		\$300 individual \$600 familiar	
Límite anual de gastos fuera de bolsillo		<b>Básico</b> \$700 por persona	<b>Red de Seguridad</b> \$6,350 individual \$12,700 familiar
Visitas al Consultorio			
Atención Médica Preventiva		\$0	
Atención Primaria y Especializada		10% después del deducible	
Salud Mental/Abuso de Sustancias — Visita individual a la consulta médica		10% después del deducible	
Servicios de Emergencia y Atención Urgente			
Atención Urgente		10% después del deducible	
Sala de Emergencias (ER)		\$100 por visita (sin copago si es admitido)	
Ambulancia		20% después del deducible	
Servicios de Hospitalización			
Servicios de Hospitalización y Cirugía — Incluye tratamiento de salud mental/abuso de sustancias		10% después del deducible	
Centro de Enfermería Especializada		\$0 (hasta 60 días por año)	

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

# PLAN MÉDICO PPO (continuación)

A menos que se indique lo contrario, esta tabla muestra lo que usted paga por los gastos cubiertos. Usted debe obtener una autorización previa para ciertos servicios. Si no lo hace, los beneficios se le puede negar. Para obtener más información, consulte su Descripción Resumida del Plan o visite [www.uhh.org/la](http://www.uhh.org/la)

Servicios Ambulatorios	Red de PPO					
Cirugía Ambulatorios	10% después del deducible					
Servicios de Radiografías y de Laboratorio	10% después del deducible					
Terapia Física, Ocupacional y del Habla	10% después del deducible (hasta 60 visitas por año)					
Quiropráctica	10% después del deducible (hasta 40 visitas por año)					
Servicios Cubiertos Seleccionados						
Equipo Médico Duradero	20% después del deducible					
Cuidado de la Salud en el Hogar	\$0 (hasta 60 visitas por año)					
Cuidado de Hospicio	\$0 (hasta 60 días por año)					
La Mayoría de los Servicios de Proveedores que No Pertenecen a la Red	50% después del deducible					
Beneficios de Medicamentos Recetados del Formulario	Farmacia minorista hasta un suministro de 34 días	Farmacia de pedidos por correo postal hasta un suministro de 60 días				
Medicamentos recetados de servicios de cuidado de salud preventivo	\$0					
Medicamentos genéricos y algunos de marca	\$10					
Medicamentos de preferencia	\$30					
Medicamentos que no sean de preferencia	\$50					
Medicamentos de especialidad seleccionados y biosimilares seleccionados <i>WellDyne Specialty Pharmacy es su farmacia especializada: (800) 373-1879</i>	No cubiertos	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Genérico</th> <th>De marca</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>\$10</td> <td>25%</td> </tr> </tbody> </table>	Genérico	De marca	\$10	25%
Genérico	De marca					
\$10	25%					
Medicamentos y suministros recetados que no se encuentran en el formulario	No se cubre, a menos que se apruebe una excepción					

## 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 — solo empleados</b>	\$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)