

Benefits at a Glance

UNITE HERE
HEALTH

Los Angeles
Plan Unit 178
PPO



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. See your Summary Plan Description for more information.

| 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 | Basic \$700 per person |
| | Safety net \$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) — True emergency | \$100 per visit <i>No copay if admitted</i> |
| Emergency Room (ER) — Non-emergency | 50% after \$100 copay and deductible |
| Ambulance | 20% after deductible |

Questions? Call: (855) 484-8480 or (213) 484-8480 • Visit: 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. See your Summary Plan Description for more information.

| Plan Details | | PPO Network | |
|--|--|--|--------------------|
| Inpatient Services | | | |
| Hospital Inpatient Services and Surgery — Includes mental health/substance abuse treatment | | 10% after deductible | |
| Skilled Nursing Facility | | \$0 up to 60 days per year | |
| Outpatient Services | | | |
| 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 days per year | |
| Hospice Care | | \$0 up to 60 days per year | |
| Most services from non-network providers | | 50% after deductible | |
| Formulary Prescription Drug Benefits | | Network | Non-Network |
| Preventive Healthcare Services Drugs | | \$0 | Not covered |
| Generic Drugs | | \$10 | |
| Preferred Brand Name Drugs | | \$30 | |
| Non-Preferred Brand Name Drugs | | \$50 | |
| Specialty and Biosimilar Drugs | | \$10 (generic); 25% coinsurance, (brand) | |
| Non-formulary Prescription Drugs, Supplies | | Not covered | |
| <i>Diplomat Specialty is your specialty pharmacy: (844) 857-5772</i> | | | |

Additional Benefits

Dental Care

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

| Plan Services | Dental2+ |
|---|----------|
| Preventive | \$0 |
| Minor Restorative | 10% |
| Major Restorative | 15% |
| LA Dental Center does not provide orthodontia services | |

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

| 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> |
| <i>Children under age 13 also receive:</i> | |
| <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 1/2018

¡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. Consulte su Descripción resumida del Plan para más información.

| 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 | Básico \$700 por persona |
| | Red de Seguridad \$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) — Emergencia verdadera | \$100 por visita <i>Sin copago si es admitido</i> |
| Sala de Emergencias (ER) — No es de emergencia | 50% después de \$100 de copago y deducible |
| Ambulancia | 20% después del deducible |

¿Preguntas? Llame: (855) 484-8480 o (213) 484-8480 • Visite: 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. Consulte su Descripción resumida del Plan para más información.

| Detalles del Plan | Red de PPO | |
|--|--|-----------------|
| 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 | |
| Servicios Ambulatorios | | |
| 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 días 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 | | |
| | En la red | Fuera de la red |
| Medicamentos recetados de servicios de cuidado de salud preventivo | \$0 | No se cubre |
| Medicamentos genéricos | \$10 | |
| Medicamentos de marca preferidos | \$30 | |
| Medicamentos de marca no preferidos | \$50 | |
| Medicamentos biosimilares y con marca de especialidad | \$10 (genérico); 25% de coseguro, (marca preferidos) | |
| Medicamentos recetados y suministros no incluidos en el formulario | No se cubre | |
| <i>Diplomat Specialty es su farmacia especializada: (844) 857-5772</i> | | |

Beneficios Adicionales

Cuidado Dental

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

| Servicios del Plan | Dental2+ |
|---|----------|
| Preventivo | \$0 |
| Restaurativo Menor | 10% |
| Restaurativo Mayor | 15% |
| 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

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

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.)