

Benefits at a Glance

Plan 178
Los Angeles Plan
PPO

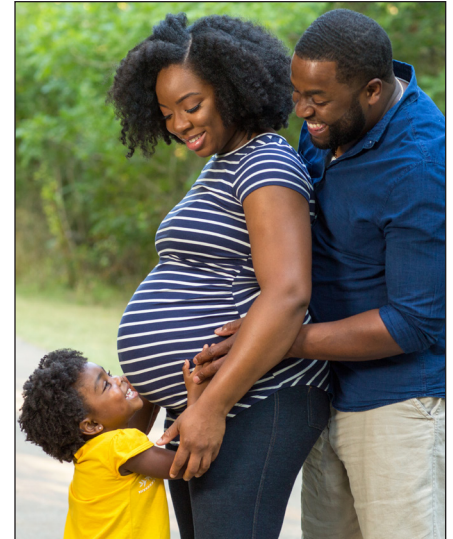
UNITE HERE HEALTH

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.

www.uhh.org/la • (855) 484-8480 or (213) 484-8480

Call Member Services if you have eligibility or benefit questions!



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

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>)	
Outpatient Services		
Outpatient Surgery	10% after deductible	
X-Ray and Laboratory Services	10% after deductible	
Physical, Occupational, and Speech Therapy	10% after deductible (<i>up to 60 visits per year</i>)	
Chiropractic	10% after deductible (<i>up to 40 visits per year</i>)	

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

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)
Transplant (including evaluation) and CAR-T Therapy Services	You MUST use the Optum or Cigna LifeSOURCE network; prior authorization is required—call HealthCheck360: (844) 462-7812; uhh.org/transplant

Most Services from Non-Network Providers

50% after deductible

Formulary Prescription Drug Benefits—Hospitality Rx

	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"> <tr> <th>Generic</th> <th>Brand</th> </tr> <tr> <td>\$10</td> <td>25%</td> </tr> </table>	Generic	Brand	\$10	25%
Generic	Brand					
\$10	25%					

Non-formulary Prescription Drugs and Supplies

Not covered, unless an exception is approved

*Current pharmacy benefit provider will actively manage and determine drugs in tier. Specialty drugs are only available through the specialty mail order pharmacy. However, if you take specialty medications as part of your HIV treatment plan, you may be able to receive an exception to use your network retail pharmacy instead.

Additional Benefits

Dental Care

DeltaCare (DHMO): (800) 422-4234

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
Accidental Death & Dismemberment — Employees only	\$20,000	

Vision Care

UnitedHealthcare Vision: (800) 638-3120

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

Exam	\$15
Lenses/Frames	\$10 Plan benefits limited to \$130 for frames; lenses covered in full
Elective Contact Lenses instead of glasses	\$10 Plan benefits limited to \$105 for non-standard contacts, like toric and gas permeable lenses

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.)

Effective 1/1/2025



Beneficios a simple vista

Plan 178
Los Angeles Plan
PPO

UNITE HERE HEALTH

¡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.

www.uhh.org/la • (855) 484-8480 or (213) 484-8480

¡Llame a Servicios a los miembros si tiene preguntas sobre elegibilidad o los beneficios!



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

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	<i>Básico</i> \$700 por persona	<i>Red de Seguridad</i> \$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 (<i>sin copago si es admitido</i>)	
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 (<i>hasta 60 días por año</i>)	
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 (<i>hasta 60 visitas por año</i>)	
Quiropráctica	10% después del deducible (<i>hasta 40 visitas por año</i>)	

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

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)	
Servicios de trasplante (incluyendo evaluación) y terapia CAR-T	Usted DEBE utilizar la red Optum o Cigna LifeSOURCE; se requiere autorización previa; llame a HealthCheck360: (844) 462-7812; uhh.org/transplant	
La Mayoría de los Servicios de Proveedores que No Pertenecen a la Red		
50% después del deducible		
Beneficios de Medicamentos Recetados del Formulario—Hospitality Rx	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	Genérico
		\$10
		De marca
		25%
Medicamentos y suministros recetados que no se encuentran en el formulario	No se cubre, a menos que se apruebe una excepción	

*El proveedor actual de beneficios de farmacia administrará y determinará activamente los medicamentos en el nivel. Los medicamentos especializados solo están disponibles a través de la farmacia especializada de pedidos por correo postal. Sin embargo, si toma medicamentos especializados como parte de su plan de tratamiento del VIH, puede recibir una excepción para usar su farmacia minorista dentro de la red en vez de la farmacia especializada.

Beneficios Adicionales

Cuidado Dental <i>DeltaCare (DHMO): (800) 422-4234</i>	
<i>Usted debe visitar a su dentista seleccionado o asignado (listado en la carta de su tarjeta de identificación) para recibir beneficios.</i>	
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	Cónyuge	\$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 <i>UnitedHealthcare Vision: (800) 638-3120</i>	
<i>Cubierto una vez cada 24 meses; Consulte su SPD para beneficios fuera de la red</i>	
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:	
<ul style="list-style-type: none"> 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 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.) 	

Vigente 1/1/2025

