



Midwest Plan 114

Benefits at a Glance

Effective 7/1/25

UNITE HERE HEALTH

Your health fund!

www.uhh.org • (800) 419-4373

Call Member Services if you have benefit questions or need help finding a doctor!

Get 24/7 access to your benefits and more!

- **Member Portal:** www.uhh.org/member
- **Mobile app:** scan the QR code



iPhone



Android



About your network...

Whenever you visit a healthcare provider, tell them you're part of Blue Cross Blue Shield's **Blue Choice network**.

Be sure to use a **Green** or **Blue** network provider for care. If you don't, the Fund usually pays nothing (which means you have to pay the entire bill). Except in emergencies or as otherwise required by federal law, the Plan does not cover **non-network** care (see inside for exceptions).

The **Green Network** gives you **great care at the best prices** and includes the following providers: Ascension Illinois, AdventHealth, Saint Anthony Hospital in Chicago, and Little Company of Mary in Evergreen Park.

When you travel **outside Illinois** or have a dependent living outside Illinois, the **Blue Card program** provides access to a national network of doctors, hospitals and other healthcare providers.

Get FREE care at your Health Center!

The UNITE HERE HEALTH — Health Center is a **FREE** primary care practice and pharmacy just for eligible Local 1 and Local 450 Union members and their adult dependents. The Health Center is located at:

- 218 S. Wabash Ave., 4th Floor, Chicago IL 60604 (*Adams & Wabash L stop*)
- In the same building as the Fund and Union offices

OTHER IMPORTANT CONTACT INFO

UNITE HERE HEALTH — Health Center	(312) 736-3397 <i>Free Pharmacy</i> (312) 768-5500 <i>Health Center</i> www.uhh.org/chc
Call to get prior authorization for certain benefits (see <i>HealthCheck 360 list inside</i>)	(844) 462-7812
Get medical help 24/7 with HealthCheck 360's free Nurse Line	(866) 823-9827
Find a True Choice network pharmacy (hospitalityrx.org)	(844) 813-3860
Enroll in mail order (<i>HealthDyne</i>)	
Get specialty drugs (<i>HealthDyne Specialty Pharmacy</i>)	(800) 373-1879
Find a network dentist (<i>Delta Dental</i>)	(800) 323-1743 deltadental.com
Find a network vision provider (<i>Davis Vision</i>)	(800) 999-5431 davisvision.com



This is an easy-to-read summary and does not include all benefits or services. If there is a conflict between this summary and your plan documents, then your plan documents are correct. *For more details about your benefits or to find out which treatments/services require prior authorization, please refer to your Summary Plan Description (SPD) or call us at (800) 419-4373.*

Remember!

Primary care, associated lab services, and prescriptions are **FREE** at the UNITE HERE HEALTH — Health Center!

MAJOR MEDICAL BENEFITS— What You Pay	Green Network Providers	Blue Choice (In Illinois) Blue Card (Out of State)	Non-Network
Calendar Year Deductible	\$0		
Safety Net Out-of-Pocket Spending Limit – <i>Copays, deductibles, and coinsurance you pay for medical and pharmacy</i>	\$6,350 per person and \$12,700 per family		Not applicable
Office Visits			
Preventive Care	\$0	\$0	Not covered
Primary Care Provider Office Visits including all care provided during the office visit	FREE at the Health Center! \$0	\$10	Not covered
Specialist Care Office Visits	\$10	\$20	Not covered
Acupuncture Services up to 12 visits per person per calendar year	\$10	\$10	Not covered
Chiropractic Services up to 40 visits per person per calendar year	\$10	\$10	Not covered
Routine Podiatry to 4 visits per person per calendar year	\$10	\$10	Not covered
Podiatric Orthotics up to \$500 per person every 24 months	\$0	\$0	Not covered
Diabetes Education	\$0	\$0	Not covered
Nutritional Counseling	\$0	\$0	Not covered
Emergency and Urgent Care			
Urgent Care Clinic	\$30; \$0 copay at Illinois Physicians Immediate Care (PIC) locations	\$30; \$0 copay at Illinois Physicians Immediate Care (PIC) locations	Not covered
Emergency Room Services (copay waived if admitted)	\$100	\$200	\$200
Ambulance Transportation to a hospital (copay waived if admitted)	\$50	\$50	\$50
Ambulance Transportation between hospitals	\$0	\$0	\$0
Lab & Imaging Services			
Laboratory Services	\$0 Non-hospital \$30 Hospital	\$0 Non-hospital \$30 Hospital	\$0 ONLY services billed by an independent lab are covered
Radiology x-ray, ultrasound, and fetal monitoring	\$0	\$10 Non-hospital \$50 Hospital	Not covered
Diagnostic Imaging, Cardiac Testing and Radiation Therapy	\$0	\$100 Non-hospital \$150 Hospital	Not covered
Sleep studies	\$50	\$50	Not covered
Outpatient Services			
Outpatient Surgery	\$0	\$100 Non-hospital \$200 Hospital	Not covered
Physical, Speech, and Occupational Therapy	\$0 Non-hospital \$30 Hospital	\$10 Non-hospital \$30 Hospital	Not covered
Infusion Medication, Chemotherapy and Kidney Dialysis	\$0 Non-hospital \$100 Hospital	\$0 Non-hospital \$100 Hospital	Not covered

MAJOR MEDICAL BENEFITS— What You Pay	Green Network Providers	Blue Choice (In Illinois) Blue Card (Out of State)	Non-Network
Inpatient Services			
Hospitalization including all care provided during the hospitalization	\$150 per day (up to \$300 per admission)	\$250 per day (up to \$500 per admission)	\$250 per day (up to \$500 per admission) ONLY emergency treatment is covered
Skilled Nursing Facility Care up to 60 days per person per calendar year	\$50 per day (up to \$250 per admission)	\$100 per day (up to \$500 per admission)	Not covered
Mental Health and Substance Abuse Treatment			
Office Visits including medical management visits	\$0	\$10	Not covered
Hospitalization including all care provided during the hospitalization	\$150 per day (up to \$300 per admission)	\$250 per day (up to \$500 per admission)	\$250 per day (up to \$500 per admission) ONLY emergency treatment is covered
Partial Hospitalization, Intensive Outpatient Treatment, or Ambulatory Detoxification	\$0	\$0	\$0
Other Care and Expenses			
Home Healthcare up to 60 visits per person per calendar year	\$10	\$20	Not covered
Hospice Care	\$0	\$0	Not covered
Medical Equipment for Home Use; Artificial Limbs and Organs; All Other Covered Expenses (After you spend \$2,500 in a calendar year, you pay nothing)	20%	20%	Not covered

Mandatory Prior Authorization—You or your healthcare provider must call HealthCheck360 at (844) 462-7812 before you get any of the types of care listed below. If you don't, your claim may be denied.

- ABA therapy
 - Air ambulance transport services (non-emergency)
 - Any inpatient admission, regardless of the type of facility or care, including but not limited to:
 - skilled nursing facility care, hospice care, acute rehabilitation care, long-term acute facility care, and residential treatment
 - maternity admissions following 48 hours for a vaginal delivery and 96 hours following a Cesarean delivery
 - elective Cesarean section (C-section) admissions under 38 weeks
 - Bariatric surgery (including but not limited to gastric bypass and banding procedures)
 - Blepharoplasty
 - Chemotherapy
 - Clinical trials
 - Diagnostic imaging services as follows:
 - CT, CTA, and CAT scans (computed tomography scintiscan or computerized axial tomography scintiscan)
 - MRA and MRI (magnetic resonance angiography or magnetic resonance imaging)
 - PET scan (positron emission tomography scintiscan)
 - Dialysis — *notification only*
 - Durable medical equipment, including breast pumps, costing over \$500
 - Electroconvulsive therapy (ECT)
 - Gender reassignment surgical services and certain hormone therapy
 - Genetic testing
 - Gynecomastia surgery
 - Hospice services
 - Hyperbaric oxygen therapy treatment
 - Hysterectomy
 - Select injectable, infused, ingested, or inhaled medications administered by your provider in an outpatient setting
 - Joint replacements, including but not limited to hip and knee replacements
 - Laminectomy
 - Le Fort osteotomy
 - Lipectomy and panniculectomy
 - Mammoplasty (breast reduction)
 - Medical foods for inborn errors of metabolism
 - Orthognathic surgery
 - Orthotics or prosthetics (including podiatric orthotics) over \$500
 - Partial hospitalization and intensive outpatient programs
 - Physical, occupational, and speech therapy after the first 12 visits (for each type of therapy each calendar year)
 - Radiation therapy
 - Reconstructive surgery
 - Sinus surgery (including but not limited to rhinoplasty, and/or septoplasty, and submucous resection)
 - Skilled services provided in a home setting, including home healthcare, home therapy (PT, OT, ST) and home infusion
 - Sleep studies
 - Temporomandibular joint surgery
 - Transcranial magnetic stimulation (TMS)
 - Transplant—including evaluation—and CAR-T therapy services (you MUST use the Optum or Cigna LifeSOURCE network; more info at uhh.org/transplant)
 - Travel and lodging
 - Varicose vein procedures (including vein sclerotherapy)
- This list changes from time to time. Contact the Fund at (800) 419-4373 for the most up-to-date information.*

PRESCRIPTION DRUG BENEFITS—What you pay for formulary drugs					
At the Chicago Health Center and free pharmacy at Ascension Rx – Resurrection Pharmacy	Per Prescription <i>up to a 90-day supply</i>	At network retail pharmacies and mail order	Retail Pharmacy <i>up to a 34-day supply</i>	Mail Order <i>up to a 90-day supply</i>	
Preventive healthcare services drugs, generic drugs, and brand drugs	FREE!	Preventive healthcare services drugs	\$0		
		Generic and some brand drugs	\$5		
		Preferred drugs	\$15		
Select brand drugs*	50%	Non-preferred drugs	\$30		
Non-formulary prescription drugs and supplies	Not covered, unless an exception is approved	Select specialty and select biosimilar drugs*	Not covered	Generic	Brand
				\$5	25%
*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 of the specialty pharmacy.					

DENTAL BENEFITS—What you pay <i>Only available if your employer's CBA requires contributions for dental</i>	Delta Dental PPO Network Providers and Delta Dental Premier Dentists	Non-Network Providers
Calendar Year Deductible Applies to some non-orthodontic services	\$50 per person; \$150 per family	
Calendar Year Maximum	\$2,000 per person (includes up to \$1,000 for non-network providers)	
Diagnostic and Preventive Services	\$0	83%
Minor Restorative Services (includes fillings)		
Major Restorative Services (includes endodontics, periodontics, oral surgery, prosthodontics and crowns)	15% after deductible	91% after deductible
Orthodontia \$5,000 lifetime maximum for orthodontic services	50%	Not Covered

VISION—What You Pay <i>Davis Vision network: benefits covered once every calendar year</i>	At network providers, you pay...	At non-network providers, you pay...
Eye Exams	\$0	\$0
Frames	\$0 for Fashion, Designer & Premier levels in Davis Vision Collection	1) Pay provider at time of service 2) Submit a claim to Davis 3) Get reimbursed: \$75 maximum for an exam and \$175 maximum for all materials, evaluations, and fittings combined
	\$150 allowance for other frames plus 20% off balance; no copay	
Lenses	\$0	
Cosmetic Contacts (instead of glasses)	\$0 for Davis Vision Collection	
	\$150 allowance for other contacts plus 15% off balance; \$60 allowance for evaluation & fitting; no copay	
Retinal Imaging	\$20 per exam	Not covered

SHORT-TERM DISABILITY BENEFIT (employees only) <i>Non-work related injuries or illnesses only</i>		LIFE AND ACCIDENTAL DEATH BENEFIT	
Weekly Benefit (Benefits begin 1st day due to injury, 8th day due to sickness; 15-week maximum for any one period of disability)	\$325	Employee Life	\$20,000
		Dependent Life	\$10,000 spouse and child(ren) age 6 months and older; \$3,000 child(ren) from live birth to age 6 months
		Employee AD&D	\$20,000



Midwest Plan 114

Beneficios a simple vista

A partir del 7/1/25

UNITE HERE HEALTH: Su fondo de salud!
www.uhh.org • (800) 419-4373

¡Llame a Servicios a los miembros si tiene preguntas sobre los beneficios o si necesita ayuda para encontrar un médico!

¡Obtenga acceso las 24 horas, los 7 días de la semana a sus beneficios y más!

- **Portal de miembros:** www.uhh.org/member
- **Aplicación móvil:** escanear el código QR



iPhone



Android



Acerca de su red...

Cada vez que visite a un proveedor de atención médica, dígame que usted es parte de **la red Blue Cross Blue Shield Blue Choice**.

Asegúrese de usar un proveedor de la red **Verde** o **Azul** para recibir atención. Si no lo hace, el Fondo generalmente no paga nada (lo que significa que usted tiene que pagar la factura completa). Excepto en emergencias o según lo exija la ley federal, el Plan no cubre la atención **fuera de la red** (consulte las excepciones en el interior).

La **red Verde** le brinda una **gran atención a los mejores precios** e incluye los siguientes proveedores: Ascension Illinois, AdventHealth, Saint Anthony Hospital en Chicago, y Little Company of Mary en Evergreen Park.

Cuando viaja **fuera de Illinois** o tiene un dependiente que vive fuera de Illinois, el **programa Blue Card** brinda acceso a una red nacional de médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica.



Obtenga cuidado GRATUITO en su Centro de Salud!

UNITE HERE HEALTH — Health Center es una práctica de atención primaria y farmacia **GRATUITA** solo para miembros elegibles de Local 1 y miembros del sindicato Local 450 y sus dependientes adultos. El Health Center está ubicado en:

- 218 S. Wabash Ave., 4^{to} piso, Chicago IL 60604 (en la parada de Adams & Wabash L)
- Ubicado en el mismo edificio que las oficinas del Fondo y el sindicato

OTRA INFORMACIÓN DE CONTACTO IMPORTANTE

UNITE HERE HEALTH — Centro de Salud	(312) 736-3397 Farmacia GRATIS (312) 768-5500 Centro de Salud www.uhh.org/chc
Llame si desea obtener una autorización previa para ciertos beneficios—ver la lista que figura en el interior (HealthCheck360)	(844) 462-7812 Autorización previa (866) 823-9827 Línea de enfermería gratuita 24/7
Encuentre una farmacia True Choice de la red (hospitalityrx.org)	(844) 813-3860
Inscríbase en el servicio de pedidos por correo (HealthDyne)	
Obtenga medicamentos especializados (HealthDyne Specialty Pharmacy)	(800) 373-1879
Encuentre un dentista de la red (Delta Dental)	(800) 323-1743 deltadental.com
Encuentre un proveedor de visión de la red (Davis Vision)	(800) 999-5431 davisvision.com

Este es un resumen fácil de leer y no incluye todos los beneficios o servicios. Si hay un conflicto entre este resumen y los documentos de su plan, los documentos de su plan son correctos. Para más detalles sobre sus beneficios o para averiguar qué tratamientos/servicios requieren autorización previa, consulte su Descripción Resumida del Plan (SPD) o llámenos al **(800) 419-4373**.

¡Recuerda!

¡La atención primaria, los servicios de laboratorio asociados, y recetas médicas son **GRATUITOS** en el Centro de Salud de UNITE HERE HEALTH!

BENEFICIOS MÉDICOS MAYORES— Lo que usted paga		Proveedores de la red Verde	Blue Choice (En Illinois) Blue Card (fuera del estado)	Fuera de la red
Deducible por Año Calendario		\$0		
Red de Protección Límite de Gastos Fuera del Bolsillo – <i>Copagos, deducibles, y coseguro que usted paga por médico y farmacia</i>		\$6,350 por persona y \$12,700 por familia		No se aplica
Visitas al consultorio				
Cuidados preventivos		\$0	\$0	No se cubre
Visitas al consultorio de proveedores de atención primaria incluye todos los cuidados brindados durante la visita al consultorio	¡GRATIS en el Centro de Salud!	\$0	\$10	No se cubre
Visita al consultorio de especialistas		\$10	\$20	No se cubre
Servicios de acupuntura hasta 12 visitas por persona por año calendario		\$10	\$10	No se cubre
Servicios quiroprácticos hasta 40 visitas por persona por año calendario		\$10	\$10	No se cubre
Cuidados podiátricos de rutina hasta 40 visitas por persona por año calendario		\$10	\$10	No se cubre
Ortesis podiátrica hasta \$500 por persona cada 24 meses		\$0	\$0	No se cubre
Educación sobre diabetes		\$0	\$0	No se cubre
Asesoramiento nutricional		\$0	\$0	No se cubre
Cuidados urgentes o de emergencia				
Clínica de cuidados urgentes		\$30; Copago de \$0 en las ubicaciones de Illinois Physicians Immediate Care (PIC)	\$30; Copago de \$0 en las ubicaciones de Illinois Physicians Immediate Care (PIC)	No se cubre
Servicios de sala de emergencias (el copago no se aplica si deriva en internación)		\$100	\$200	\$200
Transporte en ambulancia a un hospital (el copago no se aplica si deriva en internación)		\$50	\$50	\$50
Transporte en ambulancia entre hospitales		\$0	\$0	\$0
Servicios de laboratorio e imágenes				
Servicios de laboratorio		\$0 fuera del hospital \$30 en el hospital	\$0 fuera del hospital \$30 en el hospital	\$0 <i>SOLAMENTE se cubren los servicios facturados por un laboratorio independiente</i>
Radiología radiografías, ecografías y monitorización fetal		\$0	\$10 fuera del hospital \$50 en el hospital	No se cubre
Diagnóstico por imágenes, estudios cardiológicos y radioterapia		\$0	\$100 fuera del hospital \$150 en el hospital	No se cubre
Estudios del sueño		\$50	\$50	No se cubre
Servicios ambulatorios				
Cirugía ambulatoria		\$0	\$100 fuera del hospital \$200 en el hospital	No se cubre
Terapia física, ocupacional y del habla		\$0 fuera del hospital \$30 en el hospital	\$10 fuera del hospital \$30 en el hospital	No se cubre
Infusión de medicamentos, quimioterapia y diálisis renal		\$0 fuera del hospital \$100 en el hospital	\$0 fuera del hospital \$100 en el hospital	No se cubre

BENEFICIOS MÉDICOS MAYORES— Lo que usted paga		Proveedores de la red Verde	Blue Choice (En Illinois) Blue Card (fuera del estado)	Fuera de la red
Servicios con hospitalización				
Hospitalización incluye todos los cuidados brindados durante la hospitalización		\$150 por día (hasta \$300 por admisión)	\$250 por día (hasta \$500 por admisión)	\$250 por día (hasta \$500 por admisión) SÓLO se cubren tratamientos de emergencia
Centro de cuidados especializados hasta 60 días por persona por año calendario		\$50 por día (hasta \$250 por admisión)	\$100 por día (hasta \$500 por admisión)	No se cubre
Tratamiento de salud mental y por abuso de sustancias				
Visitas al consultorio incluyendo visitas de administración médica		\$0	\$10	No se cubre
Hospitalización incluye todos los cuidados brindados durante la hospitalización		\$150 por día (hasta \$300 por admisión)	\$250 por día (hasta \$500 por admisión)	\$250 por día (hasta \$500 por admisión) SÓLO se cubren tratamientos de emergencia
Hospitalización parcial, tratamiento ambulatorio intensivo o desintoxicación ambulatoria		\$10 por día	\$20 por día	\$0
Otros cuidados y costos				
Servicios de cuidados domiciliarios hasta 60 visitas por persona por año calendario		\$10	\$20	No se cubre
Cuidados de hospicio		\$0	\$0	No se cubre
Equipos médicos para uso en el hogar, prótesis de miembros artificiales y órganos, todos los demás gastos cubiertos (Una vez que alcanza los \$2,500 en un año calendario, no paga nada)		20%	20%	No se cubre

Autorización previa obligatoria—Usted o su proveedor de atención médica deben llamar a HealthCheck360 al (844) 462-7812 antes de recibir cualquiera de los tipos de atención que se enumeran más abajo. Si no lo hace, su reclamo puede ser rechazado.

- Servicios de transporte de ambulancia aérea (que no sean de emergencia)
 - Cualquier ingreso hospitalario, independientemente del tipo de centro o atención, lo que incluye entre otros:
 - atención en centros de enfermería especializada, cuidados paliativos (hospicio), centro de rehabilitación crítica, centro de atención para casos críticos a largo plazo, tratamiento residencia
 - admisiones por maternidad después de 48 horas por un parto vaginal y 96 horas después de un parto por cesárea
 - admisiones por cesárea electiva (C-Section, por su nombre en inglés) con menos de 38 semanas de gestación
 - Cirugía bariátrica (lo que incluye, pero no se limita a bypass gástrico y procedimientos de banda gástrica)
 - Blefaroplastia
 - Quimioterapia
 - Ensayos clínicos
 - Servicios de diagnóstico por imágenes de la siguiente manera:
 - Tomografías computarizadas (CT, CTA y exploraciones CAT) (gammagrafía con tomografía computarizada o gammagrafía con tomografía axial computarizada))
 - MRA y MRI (angiografía por resonancia magnética o imágenes por resonancia magnética)
 - Tomografía PET (gammagrafía con tomografía por emisión de positrones)
 - Diálisis — solo notificación
 - Equipo médico de uso a largo plazo no desechable, incluyendo los extractores de leche cuestan más de \$500
 - Terapia electroconvulsiva (ECT, por sus siglas en inglés)
 - Servicios quirúrgicos de reasignación de género y cierta terapia hormonal
 - Pruebas genéticas
 - Cirugía de ginecomastia
 - Terapia ABA
 - Servicios paliativos (hospicio)
 - Tratamiento de oxigenoterapia hiperbárica
- Histerectomía
 - Medicamentos selectos inyectables, infundidos, ingeridos o inhalados administrados por su proveedor en un entorno ambulatorio
 - Reemplazos de articulaciones, lo que incluye reemplazos de cadera y rodilla
 - Laminectomía
 - Osteotomía Le Fort
 - Lipectomía y paniclectomía
 - Mamoplastia (reducción de los senos)
 - Alimentos médicos para errores innatos del metabolismo
 - Cirugía ortognática
 - Órtesis o prótesis (lo que incluye órtesis podiátricas) de más de \$500
 - Hospitalización parcial y programas ambulatorios intensivos
 - Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla después de las primeras 12 consultas (para cada tipo de terapia cada año calendario)
 - Terapia de radiación
 - Cirugía reconstructiva
 - Cirugía sinusal (lo que incluye pero no se limita a rinoplastia y/o septoplastia, así como resección submucosa)
 - Servicios especializados brindados en el hogar, que incluyen atención médica en el hogar, terapia en el hogar (PT, OT, ST) e infusión en el hogar
 - Estudios del patrón de sueño
 - Cirugía de la articulación temporomandibular
 - Estimulación magnética transcraneal (TMS, por sus siglas en inglés)
 - Servicios de trasplante (incluyendo evaluación) y terapia CAR-T (usted DEBE utilizar la red Optum o Cigna LifeSOURCE; más información en uhh.org/transplant)
 - Transporte y alojamiento
 - Procedimientos de venas varicosas (lo que incluye escleroterapia de venas)
- Esta lista cambia de vez en cuando. Comuníquese con el Fondo al (800) 419-4373 para obtener la información más actualizada.

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS—Lo que paga por los medicamentos del formulario					
En Chicago Health Center y farmacia gratuita en Ascension Rx – Resurrection Pharmacy	Por Medicamento con Receta hasta un suministro de 90 días	En farmacias minoristas de la red y pedidos por correo	Farmacia minorista hasta un suministro de 34 días	Farmacia de pedidos por correo postal hasta un suministro de 90 días	
Medicamentos de servicios de atención médica preventiva, medicamentos genéricos y medicamentos de marca	¡GRATIS!	Medicamentos para servicios de atención médica preventiva	\$0		
		Medicamentos genéricos y algunos de marca	\$5		
		Medicamentos de preferencia	\$15		
Medicamentos de marca selectos*	50%	Medicamentos que no sean de preferencia	\$30		
Medicamentos y suministros recetados que no se encuentran en el formulario	No cubiertos, a menos que se apruebe una excepción	Medicamentos especializados selectos y biosimilares selectos*	No cubiertos	Genéricos	De marca
				\$5	25%

*El proveedor de beneficios farmacéuticos actual 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 DENTALES—Lo que usted paga <i>Sólo está disponible si el CBA de su empleador solicita contribuciones para dental</i>	Proveedores dentro de la red de Delta Dental PPO y Dentistas de Delta Dental Premier	Proveedores fuera de la red
Deducible por año calendario Aplica para algunos servicios de ortodoncia	\$50 por persona; \$150 por familia	
Máximo por año calendario	\$2,000 por persona (incluye hasta \$1,000 para proveedores fuera de la red)	
Servicios preventivos y de diagnóstico	\$0	83%
Servicios restaurativos menores <i>(incluye rellenos)</i>		
Servicios restaurativos principales <i>(incluye endodoncia, periodoncia, cirugía oral, prostodoncia y coronas)</i>	15% después del deducible	91% después del deducible
Ortodoncia Un máximo de \$5,000 para servicios de ortodoncia	50%	No tiene cobertura

VISIÓN—Lo que usted paga <i>La Red Davis Vision; Cubierto una vez por año calendario</i>	Proveedores de la red	Proveedores fuera de la red
Exámenes de la vista	\$0	\$0
Aros	\$0 para los niveles de Moda, Diseñador y Premier en la colección de Davis Vision Asignación de \$150 para otros marcos más 20% de descuento en el saldo; sin copago	1) Pagar al proveedor al momento del servicio 2) Presentar un reclamo a Davis 3) Obtenga un reembolso: Máximo de \$75 para un examen y máximo de \$175 para todos los materiales, evaluaciones y ajustes combinados
Lentes	\$0	
Lentes de contacto cosméticos <i>(en vez de anteojos)</i>	\$0 por la colección de Davis Vision	
	Asignación de \$150 para otros contactos más 15 % dedescuento en el saldo; Asignación de \$60 para evaluación y ajuste; sin copago	
Imágenes de la retina	\$20 por examen	No está cubierto

BENEFICIOS DE DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO (solo empleados) <i>Solamente lesiones o enfermedades no relacionadas con el trabajo</i>		BENEFICIOS DE SEGURO DE VIDA Y MUERTE ACCIDENTAL	
Beneficio semanal (los beneficios comienzan a partir del 1er día debido a lesiones, 8vo día debido a enfermedades; máximo de 15 semanas por cualquier período de incapacidad)	\$325	Beneficios del seguro de vida del empleado	\$20,000
		Beneficios del seguro de vida del dependiente inscripto	\$10,000 cónyuge e hijo(s) de 6 meses de edad o más; \$3,000 hijo(s) desde nacimiento hasta los 6 meses
		Muerte accidental	\$20,000