

## Protect your health and your fund... make SMART CHOICES!



- Go to a primary care provider or urgent care center for non-emergencies.
- Go to an office, independent lab, or non-hospital center instead of a hospital, when possible.
- Ask your doctor if you can get outpatient surgery in an office or surgical center instead of a hospital.

*These smart choices cost you and your health fund less!*

## ¡Proteja su salud y su fondo... tome DECISIONES INTELIGENTES!



- Cuando no se trate de emergencias vaya con un proveedor de atención primaria o a un centro de urgencias.
- Cuando sea posible, acuda a una clínica, laboratorio independiente, o centro no hospitalario en lugar de ir al hospital.
- Pregunte a su médico si la cirugía puede ser ambulatoria en una clínica o centro de cirugías en lugar de un hospital.

*¡Estas elecciones inteligentes reducirán los costos para usted y su fondo de salud!*

Effective: 01/01/2018 • Vigente a partir del: 01/01/2018



*This is an easy-to-read summary and does not include all benefits. 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.*

*Este es un resumen fácil de leer y no incluye todos los beneficios. Si hay conflicto entre este resumen y los documentos de su plan, entonces los documentos de su plan son los correctos. Para obtener más detalles sobre los beneficios o para informarse sobre cuáles tratamientos/servicios requieren autorización previa, por favor consulte la Descripción resumida del plan (Summary Plan Description o SPD) o llámenos.*

Blue Cross Blue Shield	
Calendar Year Deductible	\$400 individual; \$1,200 family
<b>Office Visits</b>	<b>PPO Network — You Pay</b>
Preventive Care Services	No charge
Primary Care Provider* (PCP)	\$10 copay
Specialist* When your PCP calls your Care Coordinators first	\$20 copay
Specialist* When your PCP does NOT call your Care Coordinators first	\$40 copay
Mental Health/ Substance Abuse*	\$10 copay
<b>Emergency &amp; Urgent Care</b>	<b>PPO Network — You Pay</b>
Urgent Care Center	\$40 copay
Emergency Room* (ER) Emergency (waived if admitted)	\$200 copay
Emergency Room (ER) Non-emergency/routine care	50%
Ambulance (waived if admitted)	\$150 copay

\*Includes all care provided during the visit

Blue Cross Blue Shield	
Deducible por Año Calendario	\$400 individual; \$1,200 familia
<b>Visitas a la Clínica</b>	<b>Usted Paga</b>
Atención Preventiva	Sin cargo
Médico de Atención Primaria* (PCP)	Copago de \$10
Especialista* Cuando su PCP llama primero a los Coordinadores de Atención	Copago de \$20
Especialista* Cuando su PCP NO llama primero a los Coordinadores de Atención	Copago de \$40
Tratamiento de Salud Mental/ Abuso de Sustancias*	Copago de \$10
<b>Servicios de Emergencia y Atención de Urgencias</b>	<b>Usted Paga</b>
Centro de Urgencias	Copago de \$40
Sala de Emergencia* (ER) Emergencia (eliminado si lo admiten)	Copago de \$200
Sala de Emergencia (ER) No emergencias/atención de rutina	50%
Ambulancia (eliminado si lo admiten)	Copago de \$150

\*Incluye toda la atención proporcionada durante la visita



Call toll-free (Monday – Friday 8:30 AM to 10:00 PM Eastern Time)

Llame sin cargo (De lunes a viernes de 8:30 AM a 10:00 PM – Horario de Este)

Turn over for more information • Vea el reverso para más información

**(866) 686-0003**

[www.uhh.org/fspabc](http://www.uhh.org/fspabc)



<b>Outpatient Services</b>	<b>PPO Network — You Pay</b>	
<b>Outpatient Surgery*</b> In an ambulatory surgical center	10% after deductible	
<b>Outpatient Surgery:*</b> In a hospital	20% after deductible	
<b>Physical and Occupational Therapy</b> 60-visit max/calendar year combined	<i>Office or non-hospital</i> \$20 copay	<i>Hospital</i> \$40 copay
<b>Speech Therapy</b> 30-visit max/calendar year	<i>Office or non-hospital</i> \$20 copay	<i>Hospital</i> \$40 copay
<b>Infusion Medication, Chemotherapy</b>	<i>Home</i> No charge	<i>Hospital</i> 20% after deductible (\$200 max)
	<i>Non-hospital</i> \$10 copay	
<b>Kidney Dialysis</b>	<i>Office or dialysis center</i> No charge	<i>Hospital</i> 20% after deductible (\$200 max)
<b>Inpatient Services</b>	<b>PPO Network — You Pay</b>	
<b>Hospitalization*</b>	20% after deductible	
<b>Lab &amp; Imaging</b>	<b>PPO Network — You Pay</b>	
<b>Laboratory Services, X-Ray, Ultrasound</b>	<i>Office or non-hospital</i> \$20 copay	<i>Hospital</i> \$75 copay
<b>Imaging</b> (CT, MRI, PET)	<i>Office or non-hospital</i> \$150 copay	<i>Hospital</i> \$250 copay
<b>Select Covered Services</b>	<b>PPO Network — You Pay</b>	
<b>Diabetes Education</b> Unlimited visits	No charge	
<b>Nutritional Counseling</b> Up to 4 visits per calendar year	No charge	
<b>Home Health Care</b> 60-visit maximum per calendar year	\$10 per visit	
<b>Hospice Care</b>	No charge	
<b>Skilled Nursing Facility</b> 60-day maximum per calendar year	20% after deductible	
<b>Chiropractic</b> Up to 12 visits per calendar year	\$20 copay	
<b>Acupuncture</b> Up to 12 visits per calendar year	\$20 copay	
<b>Routine Podiatry</b> Up to 4 visits per calendar year	\$20 copay	
<b>Orthotics</b> Up to \$500 every 24 months	No charge	
<b>Medical Equipment for Home Use</b>	20% after deductible	
<b>Out-of-Pocket Spending Limits:</b> Once your cost sharing for covered network expenses reaches these limits, the Plan pays 100% for most of your covered network expenses for the rest of the year (see your SPD for expenses that don't count)	\$5,000 individual; \$10,000 family	
<b>Non-Network Services:</b> Preventive care, routine care in an emergency room, chiropractic care, acupuncture, routine podiatry, orthotics, medical equipment for home use, nutritional counseling, and diabetes education <b>ARE NOT AVAILABLE FROM NON-NETWORK PROVIDERS</b> (see your SPD for all services not covered)	50%	

<b>Servicios Ambulatorios</b>	<b>Usted Paga</b>	
<b>Cirugía Ambulatoria*</b> En centro quirúrgico ambulatorio	10% después del deducible	
<b>Cirugía Ambulatoria:*</b> En un hospital	20% después del deducible	
<b>Terapia Física o Ocupacional:</b> Máximo de 60 visitas por año calendario	<i>Clínica o otro lugar que no sea hospital</i> Copago de \$20	<i>En hospital</i> Copago de \$40
<b>Terapia del Habla:</b> Máximo de 30 visitas por año calendario	<i>Clínica o otro lugar que no sea hospital</i> Copago de \$20	<i>En hospital</i> Copago de \$40
<b>Medicamento por Infusión, Quimioterapia</b>	<i>En el hogar</i> Sin cargo	<i>En hospital</i> 20% después del deducible (\$200 máximo)
	<i>Otro lugar que no sea hospital</i> Copago de \$10	
<b>Diálisis del Riñón</b>	<i>Clínica o centro de diálisis</i> Sin cargo	<i>En hospital</i> 20% después del deducible (\$200 máximo)
<b>Servicios con Hospitalización</b>	<b>Usted Paga</b>	
<b>Hospitalización*</b>	20% después del deducible	
<b>Laboratorio y Exámenes por Imágenes</b>	<b>Usted Paga</b>	
<b>Servicios de Laboratorio, Rayos X, Ultrasonido</b>	<i>Clínica o otro lugar que no sea hospital</i> Copago de \$20	<i>En hospital</i> Copago de \$75
<b>Exámenes por Imágenes</b> (CT, MRI, PET)	<i>Clínica o otro lugar que no sea hospital</i> Copago de \$150	<i>En hospital</i> Copago de \$250
<b>Servicios con Cobertura Selectos</b>	<b>Usted Paga</b>	
<b>Educación sobre la Diabetes</b> Visitas ilimitadas	Sin cargo	
<b>Asesoría Sobre Nutrición</b> Hasta 4 visitas por año calendario	Sin cargo	
<b>Atención a la Salud en el Hogar</b> Máximo de 60 visitas por año calendario	\$10 por visita	
<b>Cuidados Paliativos (Hospicio)</b>	Sin cargo	
<b>Instalaciones de Enfermería Especializada</b> 60 días máximo por año calendario	20% después del deducible	
<b>Quiropráctico</b> Hasta 12 visitas por año calendario	Copago de \$20	
<b>Acupuntura</b> Hasta 12 visitas por año calendario	Copago de \$20	
<b>Visita al podólogo</b> Hasta 4 visitas por año calendario	Copago de \$20	
<b>Ortopedia:</b> Hasta \$500 cada 24 meses	Sin cargo	
<b>Equipo Médico para Uso en el Hogar</b>	20% después del deducible	
<b>Límite de Gastos de Bolsillo:</b> Una vez el costo compartido de gastos con cobertura dentro de la red llega a estos límites, el Plan paga el 100% de sus gastos con cobertura dentro de la red durante el resto del año (consulte su SPD para gastos que no cuentan)	\$5,000 individual; \$10,000 familia	
<b>Servicios Fuera de la Red:</b> Cuidados preventivos, atención de rutina en una sala de emergencias, atención quiropráctica, acupuntura, podiatría de rutina, ortopedia, equipo médico para uso en el hogar, asesoramiento nutricional y educación sobre la diabetes <b>NO ESTÁN DISPONIBLES CON PROVEEDORES FUERA DE LA RED</b> (consulte su SPD para todos los servicios que no tienen cobertura)	50%	