

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	\$0
Office Visits	PPO Network — You Pay
Preventive Care Services	No charge
Primary Care Provider* (PCP)	\$10 copay
Specialist* When your PCP calls your Care Coordinators first	\$15 copay
Specialist* When your PCP does NOT call your Care Coordinators first	\$30 copay
Mental Health/ Substance Abuse*	\$10 copay
Emergency & Urgent Care	PPO Network — You Pay
Urgent Care Center	\$30 copay
Emergency Room* (ER) Emergency (waived if admitted)	\$100 copay
Emergency Room (ER) Non-emergency/routine care	50%
Ambulance (waived if admitted)	\$100 copay

*Includes all care provided during the visit

Blue Cross Blue Shield	
Deductible por Año Calendario	\$0
Visitas a la Clínica	Usted Paga
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 \$15
Especialista* Cuando su PCP NO llama primero a los Coordinadores de Atención	Copago de \$30
Tratamiento de Salud Mental/ Abuso de Sustancias*	Copago de \$10
Servicios de Emergencia y Atención de Urgencias	Usted Paga
Centro de Urgencias	Copago de \$30
Sala de Emergencia* (ER) Emergencia (eliminado si lo admiten)	Copago de \$100
Sala de Emergencia (ER) No emergencias/atención de rutina	50%
Ambulancia (eliminado si lo admiten)	Copago de \$100

*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



Outpatient Services	PPO Network — You Pay	
Outpatient Surgery* In an ambulatory surgical center	\$100 copay	
Outpatient Surgery:* In a hospital	\$200 copay	
Physical and Occupational Therapy 60-visit max/calendar year combined	<i>Office or non-hospital</i> \$15 copay	<i>Hospital</i> \$35 copay
Speech Therapy 30-visit max/calendar year	<i>Office or non-hospital</i> \$15 copay	<i>Hospital</i> \$35 copay
Infusion Medication, Chemotherapy	<i>Home</i> No charge	<i>Hospital</i> 20% (\$200 max)
	<i>Non-hospital</i> \$10 copay	
Kidney Dialysis	<i>Office or dialysis center</i> No charge	<i>Hospital</i> 20% (\$200 max)
Inpatient Services	PPO Network — You Pay	
Hospitalization*	\$200/day (\$400 max per hospitalization)	
Lab & Imaging	PPO Network — You Pay	
Laboratory Services, X-Ray, Ultrasound	<i>Office or non-hospital</i> \$15 copay	<i>Hospital</i> \$75 copay
Imaging (CT, MRI, PET)	<i>Office or non-hospital</i> \$100 copay	<i>Hospital</i> \$200 copay
Select Covered Services	PPO Network — You Pay	
Diabetes Education Unlimited visits	No charge	
Nutritional Counseling Up to 4 visits per calendar year	No charge	
Home Health Care 60-visit maximum per calendar year	\$10 per visit	
Hospice Care	No charge	
Skilled Nursing Facility 60-day maximum per calendar year	\$50 per day (\$400 max per stay)	
Chiropractic Up to 12 visits per calendar year	\$15 copay	
Acupuncture Up to 12 visits per calendar year	\$15 copay	
Routine Podiatry Up to 4 visits per calendar year	\$15 copay	
Orthotics Up to \$500 every 24 months	No charge	
Medical Equipment for Home Use	20%	
Out-of-Pocket Spending Limits: 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 <i>(see your SPD for expenses that don't count)</i>	\$5,000 individual; \$10,000 family	
Non-Network Services: Preventive care, routine care in an emergency room, chiropractic care, acupuncture, routine podiatry, orthotics, medical equipment for home use, nutritional counseling, and diabetes education ARE NOT AVAILABLE FROM NON-NETWORK PROVIDERS <i>(see your SPD for all services not covered)</i>	50%	

Servicios Ambulatorios	Usted Paga	
Cirugía Ambulatoria* En centro quirúrgico ambulatorio	Copago de \$100	
Cirugía Ambulatoria:* En un hospital	Copago de \$200	
Terapia Física o Ocupacional: Máximo de 60 visitas por año calendario	<i>Clínica o otro lugar que no sea hospital</i> Copago de \$15	<i>En hospital</i> Copago de \$35
Terapia del Habla: Máximo de 30 visitas por año calendario	<i>Clínica o otro lugar que no sea hospital</i> Copago de \$15	<i>En hospital</i> Copago de \$35
Medicamento por Infusión, Quimioterapia	<i>En el hogar</i> Sin cargo	<i>En hospital</i> 20% (\$200 máximo)
	<i>Otro lugar que no sea hospital</i> Copago de \$10	
Diálisis del Riñón	<i>Clínica o centro de diálisis</i> Sin cargo	<i>En hospital</i> 20% (\$200 máximo)
Servicios con Hospitalización	Usted Paga	
Hospitalización*	\$200/día (\$400 máximo por hospitalización)	
Laboratorio y Exámenes por Imágenes	Usted Paga	
Servicios de Laboratorio, Rayos X, Ultrasonido	<i>Clínica o otro lugar que no sea hospital</i> Copago de \$15	<i>En hospital</i> Copago de \$75
Exámenes por Imágenes (CT, MRI, PET)	<i>Clínica o otro lugar que no sea hospital</i> Copago de \$100	<i>En hospital</i> Copago de \$200
Servicios con Cobertura Selectos	Usted Paga	
Educación sobre la Diabetes Visitas ilimitadas	Sin cargo	
Asesoría Sobre Nutrición Hasta 4 visitas por año calendario	Sin cargo	
Atención a la Salud en el Hogar Máximo de 60 visitas por año calendario	\$10 por visita	
Cuidados Paliativos (Hospicio)	Sin cargo	
Instalaciones de Enfermería Especializada 60 días máximo por año calendario	\$50 por día (\$400 máximo por estadía)	
Quiropráctico Hasta 12 visitas por año calendario	Copago de \$15	
Acupuntura Hasta 12 visitas por año calendario	Copago de \$15	
Visita al podólogo Hasta 4 visitas por año calendario	Copago de \$15	
Ortopedia: Hasta \$500 cada 24 meses	Sin cargo	
Equipo Médico para Uso en el Hogar	20%	
Límite de Gastos de Bolsillo: 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 <i>(consulte su SPD para gastos que no cuentan)</i>	\$5,000 individual; \$10,000 familia	
Servicios Fuera de la Red: 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 NO ESTÁN DISPONIBLES CON PROVEEDORES FUERA DE LA RED <i>(consulte su SPD para todos los servicios que no tienen cobertura)</i>	50%	