

## 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
<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	\$10 copay
Specialist* When your PCP does NOT call your Care Coordinators first	\$25 copay
Mental Health/ Substance Abuse*	\$10 copay
<b>Emergency &amp; Urgent Care</b>	<b>PPO Network — You Pay</b>
Urgent Care Center	\$25 copay
Emergency Room* (ER) Emergency (waived if admitted)	\$100 copay
Emergency Room (ER) Non-emergency/routine care	50%
Ambulance (waived if admitted)	\$50 copay

\*Includes all care provided during the visit

Blue Cross Blue Shield	
Deducible por Año Calendario	\$0
<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 \$10
Especialista* Cuando su PCP NO llama primero a los Coordinadores de Atención	Copago de \$25
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 \$25
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 \$50

\*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			\$25 copay
<b>Outpatient Surgery:*</b> In a hospital			\$75 copay
<b>Physical and Occupational Therapy</b> 60-visit max/calendar year combined	<i>Office or non-hospital</i>	<i>Hospital</i>	\$10 copay / \$30 copay
<b>Speech Therapy</b> 30-visit max/calendar year	<i>Office or non-hospital</i>	<i>Hospital</i>	\$10 copay / \$30 copay
<b>Infusion Medication, Chemotherapy</b>	<i>Home</i>	<i>Hospital</i>	No charge / \$25 copay
	<i>Non-hospital</i>		\$10 copay
<b>Kidney Dialysis</b>	<i>Office or dialysis center</i>	<i>Hospital</i>	No charge / \$25 copay
<b>Inpatient Services</b>		<b>PPO Network — You Pay</b>	
<b>Hospitalization*</b>			\$100/day (\$200 max per hospitalization)
<b>Lab &amp; Imaging</b>		<b>PPO Network — You Pay</b>	
<b>Laboratory Services, X-Ray, Ultrasound</b>	<i>Office or non-hospital</i>	<i>Hospital</i>	No charge / \$30 copay
<b>Imaging</b> (CT, MRI, PET)	<i>Office or non-hospital</i>	<i>Hospital</i>	No charge / \$50 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			No charge
<b>Hospice Care</b>			No charge
<b>Skilled Nursing Facility</b> 60-day maximum per calendar year			\$50 per day (\$200 max per stay)
<b>Chiropractic</b> Up to 24 visits per calendar year			\$10 copay
<b>Acupuncture</b> Up to 12 visits per calendar year			\$10 copay
<b>Routine Podiatry</b> Up to 4 visits per calendar year			\$10 copay
<b>Orthotics</b> Up to \$500 every 24 months			No charge
<b>Medical Equipment for Home Use</b>			No charge
<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			Copago de \$25
<b>Cirugía Ambulatoria:*</b> En un hospital			Copago de \$75
<b>Terapia Física o Ocupacional:</b> Máximo de 60 visitas por año calendario	<i>Clínica o otro lugar que no sea hospital</i>	<i>En hospital</i>	Copago de \$10 / Copago de \$30
<b>Terapia del Habla:</b> Máximo de 30 visitas por año calendario	<i>Clínica o otro lugar que no sea hospital</i>	<i>En hospital</i>	Copago de \$10 / Copago de \$30
<b>Medicamento por Infusión, Quimioterapia</b>	<i>En el hogar</i>	<i>En hospital</i>	Sin cargo / Copago de \$25
	<i>Otro lugar que no sea hospital</i>		Copago de \$10
<b>Diálisis del Riñón</b>	<i>Clínica o centro de diálisis</i>	<i>En hospital</i>	Sin cargo / Copago de \$25
<b>Servicios con Hospitalización</b>		<b>Usted Paga</b>	
<b>Hospitalización*</b>			\$100/día (\$200 máximo por hospitalización)
<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>	<i>En hospital</i>	Sin cargo / Copago de \$30
<b>Exámenes por Imágenes</b> (CT, MRI, PET)	<i>Clínica o otro lugar que no sea hospital</i>	<i>En hospital</i>	Sin cargo / Copago de \$50
<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			Sin cargo
<b>Cuidados Paliativos (Hospicio)</b>			Sin cargo
<b>Instalaciones de Enfermería Especializada</b> 60 días máximo por año calendario			\$50 por día (\$200 máximo por estadía)
<b>Quiropráctico</b> Hasta 24 visitas por año calendario			Copago de \$10
<b>Acupuntura</b> Hasta 12 visitas por año calendario			Copago de \$10
<b>Visita al podólogo</b> Hasta 4 visitas por año calendario			Copago de \$10
<b>Ortopedia:</b> Hasta \$500 cada 24 meses			Sin cargo
<b>Equipo Médico para Uso en el Hogar</b>			Sin cargo
<b>Límite de Gastos de Bolsillo:</b> Una vez el costo comparado 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%