



**Your Benefits & Copays**

WHAT'S COVERED <i>(Network Only)</i>	WHAT YOU PAY
<b>Preventive Care</b>	\$0
<b>Primary Care Provider (PCP) Visit*</b>	\$10
<b>Specialist Visit*</b> <i>(to get a referral, your PCP must call a Care Coordinator: 866-686-0003)</i>	\$15 with PCP referral
	\$30 without PCP referral
<b>Urgent Care Center</b>	\$30
<b>ER for Emergency*</b> <i>(waived if admitted)</i>	\$100
<b>ER for Routine Care</b>	50% of charges
<b>Ambulance</b> <i>(waived if admitted)</i>	\$100
<b>Outpatient Surgery*</b>	\$100 ambulatory surgical center
	\$200 hospital
<b>Inpatient Hospitalization*</b>	\$200/day, max of \$400/visit
<b>Mental Health/ Substance Abuse Visit</b>	\$10
<b>Labs, X-rays, Ultrasound</b> <i>(all covered labs, x-rays and ultrasounds are included, even if your doctor's office is in a hospital)</i>	\$15 office or non-hospital lab
	\$75 hospital outpatient
<b>Imaging</b> <i>(CT, MRI, PET)</i>	\$100 office or non-hospital
	\$200 hospital outpatient
<b>Physical, Occupational and Speech Therapy</b>	\$15 office or non-hospital
	\$35 hospital outpatient
<b>Skilled Nursing Facility</b>	20% of charges
<b>Home Health Visit</b>	\$10 per visit
<b>Chemotherapy or Infusion Medication</b>	\$0 home
	\$10 office or infusion center
	20% of charges in hospital, max of \$200/visit
<b>Durable Medical Equipment</b>	20% of charges
<b>Prescription Drug</b> Find out what's covered at www.hospitalityrx.org <i>(mail order also available)</i>	\$3 generic drug <i>on the formulary</i>
	\$20 brand name <i>on the formulary</i>
	25% (max of \$50) specialty or biosimilar drugs <i>on the formulary</i>
<b>Deductible</b>	\$0

\*Includes all care provided during the visit

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.

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



Your plan offers:

- **More copays (\$)** instead of coinsurance (%). Copays let you know exactly what your costs will be.
- **Lower copays** at places that are a better value
- **Higher copays** at places that may overcharge
- **No deductible**

**REMEMBER:**

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!**

Questions? Call your  
Care Coordinators  
**(866) 686-0003**

Monday – Friday  
8:30 a.m. – 10 p.m. EST

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

**Sus Beneficios y Copagos**

QUÉ TIENE COBERTURA <i>(Solo Adentro de la Red)</i>	LO QUE USTED PAGA
<b>Atención Preventiva</b>	\$0
<b>Consultas con el Médico de Atención Primaria (PCP)*</b>	\$10
<b>Consulta con el Especialista*</b> <i>(Para obtener una referencia, su PCP debe llamar a un Coordinador de Asistencia: 866-686-0003)</i>	\$15 con remisión por el médico de atención primaria <b>\$30 si no ha sido remitido</b>
<b>Centro de Urgencias</b>	\$30
<b>Sala de Emergencias del Hospital (ER)*</b> <i>(se elimina si es admitido)</i>	\$100
<b>Atención Rutinaria en Sala de Emergencia</b>	50% de los cargos
<b>Ambulancia</b> <i>(se elimina si es admitido)</i>	\$100
<b>Cirugía Ambulatoria*</b>	\$100 centro de cirugía ambulatoria
	<b>\$200 hospital</b>
<b>Hospitalización del Paciente*</b>	<b>\$200/día, máximo \$400 por visita</b>
<b>Visita a la Clínica por Salud Mental/ Abuso de Sustancias</b>	\$10
<b>Laboratorios, Rayos X, Ultrasonidos</b> <i>(todos los laboratorios, radiografías y ultrasonidos cubiertos están incluidos, incluso si el consultorio de su médico está en un hospital)</i>	\$15 en clínica o que no sea en hospital
	<b>\$75 paciente ambulatorio</b>
<b>Exámenes por Imágenes (CT, MRI, PET)</b>	\$100 en clínica o que no sea en hospital
	<b>\$200 paciente ambulatorio</b>
<b>Terapia Ocupacional, Física y del Habla</b>	\$15 en clínica o que no sea en hospital
	<b>\$35 paciente ambulatorio</b>
<b>Instalaciones de Enfermería Especializada</b>	20% de los cargos
<b>Atención a la Salud en el Hogar</b>	\$10 por visita
	\$0 en el hogar
<b>Quimioterapia o Medicamento por Infusión</b>	\$10 clínica o centro de infusión
	<b>20% de los cargos en el hospital, máximo \$200 por visita</b>
	20% de los cargos
<b>Medicamentos con receta</b> Conozca lo que está cubierto en <a href="http://www.hospitalityrx.org">www.hospitalityrx.org</a> <i>(también hay disponibilidad de pedidos por correo)</i>	\$3 medicamentos genéricos en el formulario
	\$20 marcas preferidas en el formulario
	25% (\$50 máximo) especializados y biosimilares en el formulario
<b>Deducible</b>	\$0

\*Incluye toda la atención médica proporcionada durante la visita

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, entonces los documentos del plan son los correctos.

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



Su plan ofrece:

- **Más copagos (\$ en lugar de coseguro (%)).** Copagos que le permiten saber exactamente cuanto gastará.
- **Copagos más bajos** en lugares que ofrecen mejor valor
- **Copagos más altos** en lugares que cobran demasiado
- **Sin deducible**

**RECUERDE:**

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 para el fondo de salud!**

¿Tiene preguntas? ¡Llame a sus Coordinadores de Atención!  
**(866) 686-0003**

De Lunes a Viernes  
8:30 a.m. – 10 p.m. Horario del Este

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

Food Service Plan – Platinum (176B)  
Vigente a partir de 1/2017