



**Your Benefits & Copays**

WHAT'S COVERED (Network Only)	WHAT YOU PAY
Preventive Care	\$0
Primary Care Provider (PCP) Visit*	\$10
Specialist Visit* (to get a referral, your PCP must call a Care Coordinator: 866-686-0003)	\$20 with PCP referral
	<b>\$40 without PCP referral</b>
Urgent Care Center	\$40
ER for Emergency* (waived if admitted)	<b>\$200</b>
ER for Routine Care	<b>50% of charges, after deductible</b>
Ambulance (waived if admitted)	\$150
Outpatient Surgery*	10% ambulatory surgical center, after deductible
	<b>20% hospital, after deductible</b>
Inpatient Hospitalization*	<b>20%, after deductible</b>
Mental Health/ Substance Abuse Visit	\$10
Labs, X-rays, Ultrasound (all covered labs, x-rays and ultrasounds are included, even if your doctor's office is in a hospital)	\$20 office or non-hospital lab
	<b>\$75 hospital outpatient</b>
Imaging (CT, MRI, PET)	\$150 office or non-hospital
	<b>\$250 hospital outpatient</b>
Physical, Occupational and Speech Therapy	\$20 office or non-hospital
	<b>\$40 hospital outpatient</b>
Skilled Nursing Facility	20%, after deductible
Home Health Visit	\$10 per visit
Chemotherapy or Infusion Medication	\$0 home
	\$10 office or infusion center
	<b>20%, up to \$200 hospital outpatient</b>
Durable Medical Equipment	20%, after deductible
Prescription Drug Find out what's covered at www.hospitalityrx.org (mail order also available)	\$10 generic drug on the formulary
	\$30 brand name on the formulary
	25% (max of \$50) specialty or biosimilar drugs on the formulary
Deductible (applies to coinsurance %)	\$400 individual/\$1,200 family

\*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. You also don't have to pay the deductible first.
- **Lower copays and coinsurances** at places that are a better value.
- **Higher copays and coinsurances** at places that may overcharge.

**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.

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)

Food Service Plan – Gold Plus (176C)

Effective 1/2017



**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>	\$20 con remisión por el médico de atención primaria <b>\$40 si no ha sido remitido</b>
<b>Centro de Urgencias</b>	\$40
<b>Sala de Emergencias del Hospital (ER)*</b> <i>(se elimina si es admitido)</i>	<b>\$200</b>
<b>Atención Rutinaria en Sala de Emergencia (ER)</b>	<b>50% de los cargos, después del deducible</b>
<b>Ambulancia</b> <i>(se elimina si es admitido)</i>	\$150
<b>Cirugía Ambulatoria*</b>	10% centro de cirugía ambulatoria, después del deducible
	<b>20% hospital, después del deducible</b>
<b>Hospitalización del Paciente*</b>	<b>20%, después del deducible</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>	\$20 en clínica o que no sea en hospital
	<b>\$75 paciente ambulatorio</b>
<b>Exámenes por Imágenes (CT, MRI, PET)</b>	\$150 en clínica o que no sea en hospital
	<b>\$250 paciente ambulatorio</b>
<b>Terapia Ocupacional, Física y del Habla</b>	\$20 en clínica o que no sea en hospital
	<b>\$40 paciente ambulatorio</b>
<b>Instalaciones de Enfermería Especializada</b>	20%, después del deducible
<b>Atención a la Salud en el Hogar</b>	\$10 por visita
	\$0 en el hogar
	\$10 clínica o centro de infusión <b>20%, hasta \$200 paciente ambulatorio</b>
<b>Equipo Médico Duradero</b>	20%, después del deducible
	\$10 medicamentos genéricos en el formulario
	\$30 marcas preferidas en el formulario <b>25% (\$50 máximo) especializados y biosimilares en el formulario</b>
<b>Deducible</b> <i>(se aplica al % del coseguro)</i>	<b>\$400 individual/\$1,200 familiar</b>

\*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 cuánto gastará. Además no tiene que pagar primero el deducible.
- **Copagos y coseguros más bajos** en lugares que ofrecen mejor valor.
- **Copagos más altos** en lugares que cobran demasiado.

**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.

¿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 – Gold Plus (176C)  
Vigente a partir de 1/2017