

Summary of Services and Cost Shares

Except in emergencies or for urgent care, non-Kaiser benefits are not covered. Benefits shown are for services through a Kaiser provider. Benefits provided under the Kaiser Plan follow the terms and conditions of an Evidence of Coverage (EOC). You may contact UNITE HERE HEALTH or Kaiser Permanente Member Services for a copy of your Plan's EOC.

Your cost share is the amount of the allowable charge for a covered service for which you are responsible. Cost shares are either copayments (a flat dollar amount) or coinsurance (a percentage of allowable charges).

Resumen de Servicios y Participación en los Costos

Excepto en emergencias o para visitas de centros de cuidados urgentes, beneficios fuera de la red Kaiser no están cubiertos. Beneficios indicados son proporcionados para servicios dentro la red Kaiser. Los beneficios proporcionados bajo el plan de Kaiser cumplen con los términos y condiciones de la Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, o EOC). Puede comunicarse con el Departamento de Servicios a los Miembros de Kaiser Permanente o con UNITE HERE HEALTH para obtener una copia del EOC de su Plan.

Su participación en los costos son los cargos admisibles correspondientes a un servicio cubierto del que usted es responsable. La participación en los costos pueden ser copagos (un cargo fijo en dólares) o un coseguro (un porcentaje de los cargos admisibles).

Effective / Vigente a partir del: 01/01/2025



Find a network provider near you
Encuentre un proveedor de la red cerca de usted

www.kp.org

Kaiser HMO

Annual Deductible	\$0
Office Visits	HMO Network (You Pay)
Preventive Care Services	\$0
Primary Care Provider (PCP)	\$10 copay
Specialist	\$10 copay
Mental Health/Substance Abuse Treatment	\$10 copay individual visit \$5 group visit
Acupuncture: For treatment of nausea/pain only	\$10 copay
Telehealth	\$0
Emergency & Urgent Care	HMO Network (You Pay)
Urgent Care Center	\$10 copay
Emergency Room (ER)	\$150 copay (waived if admitted)
Ambulance	\$0

Kaiser HMO

Deducible anual	\$0
Visitas a la Clínica	HMO Network (Usted Paga)
Atención Preventiva	\$0
Médico de Atención Primaria* (PCP)	\$10 copago
Especialista	\$10 copago
Tratamiento de Salud Mental/ Abuso de Sustancias	\$10 copago individual visit \$5 group visit
Acupuntura: For treatment of nausea/pain only	\$10 copago
Telehealth	\$0
Servicios de Emergencia y Atención de Urgencias	HMO Network (Usted Paga)
Centro de Urgencias	\$10 copago
Sala de Emergencia (ER)	\$150 copago (eliminado si lo admiten)
Ambulancia	\$0

<i>Inpatient Services</i>	<i>HMO Network (You Pay)</i>
Hospitalization: Includes mental health/substance abuse treatment	\$0
Skilled Nursing Facility: Limited to 100 days/ benefit period	\$0
<i>Outpatient Services</i>	<i>HMO Network (You Pay)</i>
Outpatient Surgery	\$10 copay
Physical and Occupational Therapy	\$10 copay
Speech Therapy	\$10 copay
Laboratory Services	\$0
Radiology (X-Ray, Ultrasound)	\$0
Imaging (CT, MRI, PET)	\$0
<i>Select Covered Services</i>	<i>HMO Network (You Pay)</i>
Diabetes Education	\$0
Home Health Care: Limited to 100 visits/year	\$0
Hospice Care	\$0
Medical Equipment for Home Use	\$0
Non-Network Services	Not covered
Out-of-Pocket Spending Limit: Copays and coinsurance you pay	\$1,500/person \$3,000/family
<i>Hearing Aid Benefit</i>	<i>What the plan pays</i>
You pay \$0	Plan pays up to \$3,000 per ear every 36 months

<i>Servicios con Hospitalización</i>	<i>HMO Network (Usted Paga)</i>
Hospitalización: Incluye tratamiento de salud mental/abuso de sustancias	\$0
Instalaciones de Enfermería Especializada: Limitado a 100 días/benefit period	\$0
<i>Servicios Ambulatorios</i>	<i>HMO Network (Usted Paga)</i>
Cirugía Ambulatoria	\$10 copago
Terapia Física o Ocupacional	\$0
Terapia del Habla	\$0
Servicios de Laboratorio	\$0
Radiología (Rayos X, Ultrasonido)	\$0
Exámenes por Imágenes (CT, MRI, PET)	\$0
<i>Servicios con Cobertura Selectos</i>	<i>HMO Network (Usted Paga)</i>
Educación sobre la Diabetes	\$0
Atención a la Salud en el Hogar: Limitado a 100 visitas/año	\$0
Cuidados Paliativos (Hospicio)	\$0
Equipo Médico para Uso en el Hogar	\$0
Servicios Fuera de la Red	no están cubiertos
Límite de Gastos de Bolsillo: Copagos y coseguro que paga	\$1,500/persona \$3,000/familia

<i>Beneficio de aparatos auditivos</i>	<i>Qué paga el Plan</i>
Usted paga \$0	El plan paga hasta \$3,000 por oído cada 36 meses

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.

Choosing your prescription drugs

- Kaiser Permanente has a drug formulary, or a list of preferred drugs, to help your doctor pick the right drug for you. You can find the most current version of the drug formulary online at www.kp.org/formulary.
- Stay on top of your care at www.kp.org. You can view your medical record, refill most prescriptions, schedule routine appointments, and more.
- Access many of the features on kp.org with the Kaiser Permanente mobile app. Learn more at www.kp.org/mobile.

Elegir sus medicamentos recetados

- Kaiser Permanente tiene un recetario de medicamentos, o una lista de medicamentos preferidos para ayudar a su médico a elegir el medicamento adecuado para usted. Puede encontrar la versión más actualizada del recetario de medicamentos en línea en www.kp.org/formulary.
- Manténgase al tanto de su salud en www.kp.org/espanol. Puede ver su historia clínica, resurtir la mayoría de sus medicamentos recetados, programar citas de rutina y más.
- Acceda a muchas de las funciones de kp.org/espanol con la aplicación de Kaiser Permanente. Obtenga más formación en www.kp.org/movil.

Effective | Vigente a partir del: 01/01/2025



Find a network pharmacy near you
Encuentre una farmacia dentro de la red cerca de usted
www.kp.org

Kaiser HMO	Your cost for each fill or refill	
Only available at Kaiser pharmacies	Retail (up to a 30-day supply)	Mail Order (up to a 100-day supply)
Generic Drugs	\$10 copay	\$20 copay
Brand Name Drugs	\$25 copay	\$50 copay
Specialty Drugs	\$25 copay	Availability varies by item

Kaiser HMO	Su costo por cada abastecimiento o reabastecimiento	
Sólo disponibles en farmacias Kaiser	Minorista (Suministros de hasta 30 días)	Pedidos por Correo (Suministros de hasta 100 días)
Medicamentos Genéricos	\$10 copago	\$20 copago
Medicamentos de Marca	\$25 copago	\$50 copago
Medicamentos Especializados	\$25 copago	La disponibilidad varía según el artículo

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.

173 Actives

UNITE HERE
HEALTH

Dental

UNITE HERE! Staff Health
Benefits Plan

Save time and money by choosing a dentist in the Delta Dental PPO or Premier networks

- Delta Dental provides access to a national network of dental care providers. Members who use a Delta Dental PPO dentist typically pay the lowest costs.
- You generally won't have to pay anything for most dental care (up to \$5,000/person/year). See your SPD for exceptions.

Ahorre tiempo y dinero eligiendo un dentista en las redes Delta Dental PPO o Premier

- Delta Dental brinda acceso a una red nacional de proveedores de cuidado dental. Los miembros que usan un dentista PPO de Delta Dental generalmente pagan los costos más bajos.
- Por lo general, usted no tendrá que pagar nada por su cuidado dental (hasta \$5,000/persona/año). Consulte su Descripción resumida del Plan para conocer las excepciones.

Effective | Vigente a partir del: 01/01/2025



Find a network provider near you
Encuentre un proveedor de la red cerca de usted

www.deltadentalil.com

Delta Dental of Illinois

You Pay	Delta Dental PPO & Premier Networks	Non-Network
Diagnostic and Preventive Services	\$0	\$0
Emergency Palliative Services	\$0	\$0
Basic Restorative Services	\$0	\$0
Major Restorative Services	\$0	\$0
Prosthodontic Services	\$0	\$0
Treatment for Temporomandibular Joint Dysfunction (TMJ)	50%	50%
Orthodontic Services: For children under age 19 only	\$0 (Limited to \$5,000/child/lifetime)	
Calendar Year Maximum (Does not apply to orthodontia)	Plan pays up to \$5,000	

Delta Dental of Illinois

Usted Paga	Redes PPO y Premier de Delta Dental	Afuera de la Red
Servicios de Diagnóstico y Preventivos	\$0	\$0
Emergency Palliative Services	\$0	\$0
Servicios Restaurativos Básicos	\$0	\$0
Servicios Restaurativos Principales	\$0	\$0
Prosthodontic Services	\$0	\$0
Treatment for Temporomandibular Joint Dysfunction (TMJ)	50%	50%
Orthodontic Services: Sólo para niños menores de 19 años	\$0 (Limitado a \$5,000/niño/de por vida)	
Máximo por Año Calendario (No se aplica a ortodoncia)	El Plan paga hasta \$5,000	

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.

Need help? Call the Fund | ¿Necesita ayuda? Llame al Fondo

PPO: (866) 686-0003 | HMO: (833) 637-3519

Using your Davis Vision benefit is easy

- At your appointment, tell them you have Davis Vision coverage through UNITE HERE HEALTH.
- Give them your member ID number from your Davis Vision ID card (or your name and date of birth).
- We'll handle the rest—there are no claim forms to complete when you see a Davis Vision provider.

Es fácil usar sus beneficios de Davis Vision

- Estando en su cita, dígales que tiene cobertura de Davis Vision a través de UNITE HERE HEALTH.
- Proporcióneles su número de identificación de miembro que figura en su tarjeta de identificación de Davis Vision (o su nombre y fecha de nacimiento).
- Nosotros nos encargamos del resto, no tiene que llenar formularios de reclamación cuando ve a un proveedor de Davis Vision.

Effective / Vigente
a partir del: 01/01/2025



Find a network provider near you

Encuentre un proveedor de la red cerca de usted

davisvision.com/members

Davis Vision	Covered once every calendar year	
You Pay	Network	Non-Network
Eye Exam	\$0 copay	\$0 copay; \$75 maximum
Retinal Imaging	\$20 copay	Not covered
Lenses	\$0 copay	\$0 copay; \$175 maximum for all materials, evaluations, and fittings combined
Frames	\$0 copay for Davis collection Fashion, Designer, or Premier frames \$0 copay; \$150 benefit maximum for all other frames	
Elective Contact Lenses, in lieu of Glasses	\$0 copay for Davis collection contacts \$0 copay; \$150 benefit maximum, plus \$60 benefit maximum for the evaluation and fitting, for all other contacts	
Medically Necessary Contact Lenses	\$0 copay	

Davis Vision	Cobertura una vez cada 12 meses	
Usted Paga	Dentro de la Red	Afuera de la Red
Examen de la vista	\$0 de copago	\$0 copago \$75 máximo
Imágenes retinales	\$20 de copago	No cubierto
Lentes	\$0 de copago	\$0 copago; \$175 máximo para todos los materiales, evaluaciones, y ajustes combinados
Monturas	Copago de \$0 para monturas de la colección Davis Fashion, Designer o Premier. copago de \$0; Beneficio máximo de \$150 para todas las demás monturas	
Lentes de contacto electivos, en lugar de anteojos	\$0 copago para los contactos de Davis Collection copago de \$0; Máximo de beneficio de \$150, más un máximo de beneficio de \$60 para la evaluación y ajuste, para todos los demás contactos	
Lentes de contacto médicamente necesarios	\$0 de copago	

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.

Life and Accidental Death & Dismemberment (AD&D) benefits are for employees only

It's important you designate a beneficiary to make sure your benefit goes to the right person(s).

- Your beneficiary is the person or persons you want us to pay if you die. You can name anyone you want and you can change beneficiaries at any time.
- If you don't name a beneficiary, death benefits will be paid to your surviving relatives in the following order: your spouse; your children (in equal shares); your parents (in equal shares); your siblings (in equal shares); or your estate. See your SPD for more details.

Los beneficios de Vida y Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D) son para empleados únicamente

Es importante que usted designe un beneficiario para asegurarse de que su beneficio vaya a la(s) persona(s) correcta(s).

- Su beneficiario es la persona o personas a la que usted desea que le paguemos si usted muere. Usted puede nombrar a cualquier persona que desee y puede cambiar de beneficiarios en cualquier momento.
- Si usted no nombra un beneficiario, los beneficios por fallecimiento se pagarán a sus familiares sobrevivientes en el siguiente orden: su cónyuge; sus hijos (en partes iguales); sus padres (en partes iguales); sus hermanos (en partes iguales); o su patrimonio. Consulte su Descripción resumida del Plan (o SPD, según sus iniciales en inglés) para más detalles.

Effective / Vigente a partir del: 01/01/2025



Get your beneficiary designation form
Obtener su formulario de designación de beneficiario

www.uhh.org

Dearborn National

Employees Only	Plan Pays
Life Insurance	3 times your annual earnings (\$750,000 limit)
Accidental Death & Dismemberment Insurance	3 times your annual earnings (\$750,000 limit)

Dearborn National

Solo Empleados	El Plan Paga
Seguro de Vida	3 veces sus ganancias anuales (límite de \$750,000)
Seguro por Muerte Accidental y Desmembramiento	3 veces sus ganancias anuales (límite de \$750,000)

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.

Claims

Contact the Fund to submit a claim.

UNITE HERE HEALTH

P.O. Box 6020

Aurora, IL 60598-0020

(866) 686-0003

www.uhh.org

Additional Resources

Beneficiary Resource Services

When a loved one dies, families often face complex issues ranging from estate planning, legal questions, funeral planning, coping with grief, and financial uncertainties. That's why Dearborn National offers Beneficiary Resource Services, a program that combines family wellness and security at the most difficult of times. Services include grief and financial counseling, funeral planning, and legal support, as well as online will preparation. Beneficiary Resource Services is provided by Morneau Shepell.

Counseling: **(800) 769-9187**

www.beneficiaryresource.com

Username: Dearborn National

Travel Resource Services

Travel Emergency Assistance helps you and your dependents get assistance if you have an emergency while traveling. Examples of services currently offered include:

- Travel for a companion to join you if you're hospitalized alone
- Emergency minor childcare if you are injured
- Transportation for a companion if you need to be transported for medical care
- Transportation for your body if you die
- Other services, including return of your vehicle, legal and interpreter referrals, emergency cash and bail coordination, and pre-trip planning information

Contact Assist America:

(800) 872-1414 (toll free in the U.S.)

(609) 986-1234 (outside the U.S.)

medservices@assistamerica.com

Reference number: 01-AA-TRS-12201

You can also get the mobile app.

All services must be arranged by Assist America and limits may apply.

Reclamaciones

Contacte al Fondo para enviar un reclamo.

UNITE HERE HEALTH

P.O. Box 6020

Aurora, IL 60598-0020

(866) 686-0003

www.uhh.org

Recursos Adicionales

Servicios de recursos para beneficiarios

Cuando un ser querido muere, las familias a menudo se enfrentan a problemas complejos que van desde la planificación de bienes, preguntas legales, planificación fúnebre, sobrellevar el duelo e incertidumbres financieras. Es por eso que Dearborn National ofrece Servicios de Recursos para Beneficiarios, un programa que combina el bienestar familiar y seguridad en los momentos más difíciles. Los servicios incluyen consejería de duelo y financiera, planificación fúnebre, y apoyo legal, así como la preparación de testamento en línea. Los Servicios de Recursos para Beneficiarios son proporcionados por Morneau Shepell.

Asesoría: **(800) 769-9187**

www.beneficiaryresource.com

Nombre de usuario: Dearborn National

Servicios de recursos para viajes

La Asistencia de Emergencia en Viaje le ayuda a usted y a las personas a su cargo a obtener asistencia si tiene una emergencia mientras viaja. Algunos ejemplos de los servicios que se ofrecen actualmente son:

- Viaje para que un compañero le acompañe si está hospitalizado solo
- Cuidado de emergencia de niños menores en caso de accidente
- Transporte para un acompañante si necesita ser trasladado para recibir atención médica
- Transporte para su cuerpo si usted muere
- Otros servicios, como la devolución de su vehículo, referencias legales y de intérpretes, coordinación de fianzas y dinero en efectivo de emergencia e información sobre la planificación previa al viaje

Póngase en contacto con Assist America:

(800) 872-1414 (gratuito en EE.UU.)

(609) 986-1234 (fuera de EE.UU.)

medservices@assistamerica.com

Número de referencia: 01-AA-TRS-12201

Usted también puede obtener la aplicación móvil.

Todos los servicios deben ser concertados por Assist America y pueden aplicarse límites.