



**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: 06/04/2018



Find a network provider near you  
*Encuentre un proveedor de la red cerca de usted*  
[www.kp.org](http://www.kp.org)

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

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

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

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

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](http://www.kp.org/formulary).
- Stay on top of your care at [www.kp.org](http://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](http://kp.org) with the Kaiser Permanente mobile app. Learn more at [www.kp.org/mobile](http://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](http://www.kp.org/formulary).
- Manténgase al tanto de su salud en [www.kp.org/espanol](http://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](http://kp.org/espanol) con la aplicación de Kaiser Permanente. Obtenga más formación en [www.kp.org/movil](http://www.kp.org/movil).

Effective | Vigente a partir del: 06/04/2018



Find a network pharmacy near you  
 Encuentre una farmacia dentro de la red cerca de usted

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

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

Kaiser HMO	Su costo por cada abastecimiento o reabastecimiento	
	Minorista (Suministros de hasta 30 días)	Pedidos por Correo (Suministros de hasta 100 días)
<i>Sólo disponibles en farmacias Kaiser</i>		
<b>Medicamentos Genéricos</b>	\$10 copago	\$20 copago
<b>Medicamentos de Marca</b>	\$25 copago	\$50 copago
<b>Medicamentos Especializados</b>	\$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.

## 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 Dental 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: 06/04/2018



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

[www.deltadentalil.com](http://www.deltadentalil.com)

Delta Dental of Illinois		
You Pay	Network	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	Dentro de la Red	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.

173 Actives



# Vision

## Visión



### Using your Davis Vision benefit is easy

- At your appointment, tell them you have Davis Vision.
- While an ID card is not necessary, Davis Vision will mail one to you as a reference after your benefits become effective.
- Davis Vision handles the rest — there are no claim forms to complete when you see a network provider.

### Es fácil usar sus beneficios de Davis Vision

- En su cita, dígalos que tiene Davis Vision.
- Si bien no se necesita una tarjeta de identificación, Davis Vision le enviará una por correo como referencia una vez que sus beneficios entren en vigencia.
- Davis Vision maneja el resto — no hay formularios de reclamo que completar cuando usted vea a un proveedor de la red.

Effective: 01/01/2023 • Vigente a partir del: 01/01/2023



Find a network provider near you  
 Encuentre un proveedor de la red cerca de usted  
[www.davisvision.com/members](http://www.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.

Need help? Call the Fund | ¿Necesita ayuda? Llame al Fondo PPO: (866) 686-0003 | HMO: (833) 637-3519

173 Actives



# Life and AD&D

Seguro de vida y muerte  
accidental y desmembramiento



## 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: 06/04/2018



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

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

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

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

## 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

Our Travel Resource Services, provided by Europ Assistance USA, Inc. (EA), is a 24-hour emergency service that helps you access emergency assistance when you travel 100 or more miles away from home. Help is there when a crisis strikes. More than 850,000 multilingual service professionals stand ready to assist you in more than 200 countries worldwide.

In the US and Canada: **+1 (877) 715-2593**

From other location (*call collect*): **+1 (202) 659-7807**

Email: OPS@europassistance-usa.com

## 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

### Beneficiary Resource Services

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

### Travel Resource Services

Nuestros Servicios de Recursos para Viaje, proporcionados por Europ Assistance USA, Inc. (EA), es un servicio de emergencia las 24 horas que le ayuda a obtener asistencia de emergencia cuando usted viaja 100 millas o más de su hogar. La ayuda está allí cuando surge una crisis. Más de 850,000 profesionales de servicio multilingües están dispuestos a ayudarle en más de 200 países en todo el mundo.

En los Estados Unidos y Canadá: **+1 (877) 715-2593**

Desde otras ubicaciones (*llame por cobrar*): **+1 (202) 659-7807**

Correo Electrónico: OPS@europassistance-usa.com