

Your Benefits at a Glance



DNC 174: Plan II

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 at (866) 686-0003.



Medical — Blue Cross Blue Shield of Illinois

| What You Pay For | Network | Non-Network |
|---|--------------------------------------|----------------------|
| Calendar Year Deductible | \$500/person • \$1,500/family | |
| Safety Net Out-of-Pocket Spending Limit — <i>Copays, deductibles, and coinsurance you pay</i> | \$6,350/person • \$12,700/family | None |
| Basic Out-of-Pocket Spending Limit — <i>Coinsurance you pay</i> | \$3,000/person • \$9,000/family | None |
| Office Visits | | |
| Preventive Care — <i>Certain limits may apply</i> | No charge | Not covered |
| Primary Care Provider (PCP) | \$10 copay | 40% after deductible |
| Specialist — <i>When your PCP calls the Care Coordinators first</i> | \$10 copay | 40% after deductible |
| Specialist — <i>When your PCP DOESN'T call the Care Coordinators first</i> | \$20 copay | 40% after deductible |
| Mental Health/Substance Abuse Office Visit | \$10 copay | 40% after deductible |
| Emergency & Urgent Care Services | | |
| Urgent Care Center | \$20 copay | 40% after deductible |
| Emergency Room (ER) — <i>True emergency</i> | 20% after \$100 copay and deductible | |
| Emergency Room (ER) — <i>Non-emergency/routine care</i> | 50% after \$100 copay and deductible | |
| Ambulance | 20% after deductible | |
| Inpatient Services | | |
| Hospital Treatment — <i>Includes mental health/substance abuse treatment</i> | 20% after deductible | 40% after deductible |
| Skilled Nursing Facility — <i>120-day maximum per calendar year</i> | 20% after deductible | 40% after deductible |
| Outpatient Services | | |
| Treatment or Surgery | 20% after deductible | 40% after deductible |
| Diagnostic, X-ray, Laboratory, and Imaging | 20% after deductible | 40% after deductible |
| Physical, Occupational, and Speech Therapy — <i>60-visit maximum per calendar year</i> | 20% after deductible | 40% after deductible |
| Chiropractic Care — <i>\$1,000 maximum per calendar year</i> | \$45 copay | 40% after deductible |
| Routine Podiatry | \$45 copay | 40% after deductible |
| Diabetes Education | No charge | Not covered |
| Nutrition Counseling — <i>\$200 maximum per calendar year</i> | No charge | Not covered |
| Select Covered Services | | |
| Durable Medical Equipment | 20% after deductible | 50% after deductible |
| Home Healthcare — <i>60-visit maximum per calendar year</i> | \$30 copay | 40% after deductible |
| Hospice Care — <i>210-day maximum per calendar year</i> | 20% after deductible | |
| All Other Covered Expenses | 20% after deductible | 40% after deductible |

Prescription Drugs — Hospitality Rx *(Benefits only available at participating pharmacies)*

| What You Pay For | Retail (34-day supply) | Mail Order (90-day supply) |
|--|--|--|
| Generic Drugs | \$10 | \$20 |
| Preferred Brand Name Drugs — <i>On the formulary</i> | \$30 | \$60 |
| Non-Preferred Brand Name Drugs — <i>NOT on the formulary</i> | 50% (not more than \$100 per prescription) | 50% (not more than \$200 per prescription) |

Dental — Cigna DPPO Advantage

| What You Pay For | Network | Non-Network |
|--|--|-------------|
| Calendar Year Deductible | \$50/person • \$150/family | |
| Calendar Year Maximum <i>(Does not apply to people under age 19)</i> | \$1,500 | \$1,000 |
| Diagnostic and Preventive Services | No charge | |
| Basic Restorative Services | 50% after deductible | |
| Major Restorative Services | 50% after deductible | |
| Orthodontic Services | 50% (\$1,500 lifetime maximum benefit) | |

Vision — Davis Vision

| What You Pay For | Network | Non-Network |
|---|--|---------------------------------------|
| Exam — <i>Covered every 12 months (Non-network maximum benefit does not apply to people under age 19)</i> | \$10 copay | No charge (\$43 maximum benefit) |
| Basic Frames — <i>Covered every 24 months</i> | \$20 copay | No charge (\$45 maximum benefit) |
| Lenses — <i>Covered every 24 months</i> | \$20 copay | No charge (\$35-\$85 maximum benefit) |
| Medically Necessary Contacts — <i>Covered every 24 months</i> | \$10 copay (\$130 maximum benefit for non-collection contacts) | No charge (\$210 maximum benefit) |
| Elective Contacts — <i>Covered every 24 months</i> | \$10 copay (\$130 maximum benefit for non-collection contacts) | No charge (\$105 maximum benefit) |

9/2016

Have benefit or healthcare questions?

Your Care Coordinators are ready to help you

Sometimes we call you – please call us back so we can help you!

Call us BEFORE you see a specialist or get a service listed on the back of your ID card!

- Save money on specialist copays by getting a referral from your primary care provider (PCP). When your PCP calls us BEFORE your specialist visit, your copay gets lowered by half.
- Have your doctor call us BEFORE you get a service listed on the back of your ID card. If you don't, in certain cases, your healthcare claim may not be paid at all.



Call toll-free: (866) 686-0003 • www.uhh.org
Monday – Friday 8:30AM to 10:00PM EST

Beneficios a Simple Vista

DNC 174: Plan II

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 al (866) 686-0003.



Médico — Blue Cross Blue Shield of Illinois

| A qué Tiene Derecho por Su Pago | Dentro de la Red | Afuera de la Red |
|--|---|---------------------------|
| Deducible por Año Calendario | \$500/persona • \$1,500/familia | |
| Límite de Gastos de Bolsillo en Red de Seguridad — <i>Lo que usted paga en copagos, deducibles, y coseguro</i> | \$6,350/persona • \$12,700/familia | Ninguno |
| Límite de Gastos Básicos del Bolsillo — <i>Coseguro usted paga</i> | \$3,000/persona • \$9,000/familia | Ninguno |
| Visitas a la Clínica | | |
| Atención Preventiva — <i>Pueden aplicar ciertos límites</i> | Sin cargo | No tiene cobertura |
| Médico de Atención Primaria (PCP) | Copago de \$10 | 40% después del deducible |
| Especialista — <i>Cuando su PCP llama primero a los Coordinadores de Atención a la Salud</i> | Copago de \$10 | 40% después del deducible |
| Especialista — <i>Cuando su PCP NO llama primero a los Coordinadores de Atención a la Salud</i> | Copago de \$20 | 40% después del deducible |
| Visita a la Clínica de Salud Mental/Abuso de Sustancias | Copago de \$10 | 40% después del deducible |
| Servicios de Emergencia y Atención de Urgencias | | |
| Centro de Urgencias | Copago de \$20 | 40% después del deducible |
| Sala de Emergencias (ER) — <i>Verdadera emergencia</i> | 20% después copago de \$100 y deducible | |
| Sala de Emergencia (ER) — <i>No emergencias/atención de rutina</i> | 50% después copago de \$100 y deducible | |
| Ambulancia | 20% después del deducible | |
| Servicios de Hospitalización | | |
| Tratamiento en Hospital — <i>Incluye tratamiento de salud mental/abuso de sustancias</i> | 20% después del deducible | 40% después del deducible |
| Instalaciones de Enfermería Especializada — <i>120 días máximo por año calendario</i> | 20% después del deducible | 40% después del deducible |
| Servicios Ambulatorios | | |
| Tratamiento o Cirugía | 20% después del deducible | 40% después del deducible |
| Diagnóstico, Rayos X, Laboratorio e Imágenes | 20% después del deducible | 40% después del deducible |
| Terapia Física, Ocupacional o del Habla — <i>máximo de 60 visitas por año calendario</i> | 20% después del deducible | 40% después del deducible |
| Atención del Quiropráctico — <i>máximo de \$1,000 por año calendario</i> | Copago de \$45 | 40% después del deducible |
| Consulta Rutinaria con el Podólogo | Copago de \$45 | 40% después del deducible |
| Educación Sobre la Diabetes | Sin cargo | No tiene cobertura |
| Asesoría Sobre Nutrición — <i>máximo de \$200 por año calendario</i> | Sin cargo | No tiene cobertura |
| Servicios con Cobertura Selectos | | |
| Equipo Médico de Uso a Largo Plazo, No Desechable (DME) | 20% después del deducible | 50% después del deducible |
| Atención a la Salud en el Hogar — <i>máximo de 60 visitas por año calendario</i> | Copago de \$30 | 40% después del deducible |
| Atención en Centro de Cuidados Paliativos (Hospicio) — <i>máximo de 210 días por año calendario</i> | 20% después del deducible | |
| Todos los Demás Gastos Cubiertos | 20% después del deducible | 40% después del deducible |

Medicamentos con Receta — Hospitality Rx (Beneficios disponibles solo en farmacias participantes)

| A qué Tiene Derecho por Su Pago | Minorista (Suministro para 34 días) | Pedidos por correo (Suministro para 90 días) |
|---|--|---|
| Medicamentos Genéricos | \$10 | \$20 |
| Medicamentos de Marca Preferidos — <i>En el formulario</i> | \$30 | \$60 |
| Medicamentos de Marca, No Preferidos — <i>que NO están en el formulario</i> | 50% (no más de \$100 por prescripción) | 50% (no más de \$200 por prescripción) |

Dental — Cigna DPPO Advantage

| A qué Tiene Derecho por Su Pago | Dentro de la Red | Afuera de la Red |
|--|--|------------------|
| Deducible por Año Calendario | \$50/persona • \$150/familia | |
| Máximo por Año Calendario (No aplica menores de 19 años) | \$1,500 | \$1,000 |
| Diagnóstico y Servicios Preventivos | Sin cargo | |
| Servicios Restaurativos Básicos | 50% después del deducible | |
| Servicios Restaurativos Principales | 50% después del deducible | |
| Servicios de Ortodoncia | 50% (\$1,500 máximo beneficio de por vida) | |

Visión — Davis Vision

| A qué Tiene Derecho por Su Pago | Dentro de la Red | Afuera de la Red |
|---|--|--|
| Examen — <i>Cubierto cada 12 meses</i> (El máximo beneficio fuera de la red no aplica a personas menores de 19 años) | Copago de \$10 | No hay cargo (\$43 máximo beneficio) |
| Aros Básicos — <i>Cubierto cada 24 meses</i> | Copago de \$20 | No hay cargo (\$45 máximo beneficio) |
| Lentes — <i>Cubierto cada 24 meses</i> | Copago de \$20 | No hay cargo (\$35-\$85 máximo beneficio) |
| Contactos Médicamente Necesario — <i>Cubierto cada 24 meses</i> | Copago de \$10 (\$130 máximo beneficio para lentes de contacto fuera de la colección) | No hay cargo (\$210 máximo beneficio) |
| Contactos Electivos — <i>Cubierto cada 24 meses</i> | Copago de \$10 (\$130 máximo beneficio para lentes de contacto fuera de la colección) | No hay cargo (\$105 máximo beneficio) |

9/2016

¿Tiene preguntas sobre los beneficios o la atención a la salud?

Los Coordinadores de Atención están listos para ayudarle

A veces lo llamamos – ¡por favor devuélvanos la llamada para que le podamos ayudar!

¡Llámenos ANTES DE visitar a un especialista o de obtener un servicio que figura en el respaldo de su tarjeta de ID!

- Ahorre dinero en copagos al especialista al obtener una remisión de parte de su médico de atención primaria (PCP). Cuando su PCP nos llama ANTES de que usted visite al especialista, su copago se reduce a la MITAD.
- Pida a su médico que nos llame antes de que usted obtenga un servicio del listado del reverso de su tarjeta de ID. De lo contrario, en algunos casos, usted podría no recibir pago en absoluto por su reclamo de atención a la salud.



Llame sin cargos al: (866) 686-0003 • www.uhh.org

De Lunes a Viernes de las 8:30A.M. a las 10:00P.M. Hora del Este