

# Your Benefits at a Glance

## DNC 174: Plan III

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	\$1,000/person • \$3,000/family	
Safety Net Out-of-Pocket Spending Limit — <i>Copays, deductibles, and coinsurance you pay</i>	\$6,350/person • \$12,700/family	None
<b>Office Visits</b>		
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
<b>Emergency &amp; Urgent Care Services</b>		
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	
<b>Inpatient Services</b>		
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
<b>Outpatient Services</b>		
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
<b>Select Covered Services</b>		
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](http://www.uhh.org)**  
*Monday – Friday 8:30AM to 10:00PM EST*

# Beneficios a Simple Vista

## DNC 174: Plan III

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	\$1,000/persona • \$3,000/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
<b>Visitas a la Clínica</b>		
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
<b>Servicios de Emergencia y Atención de Urgencias</b>		
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	
<b>Servicios de Hospitalización</b>		
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
<b>Servicios Ambulatorios</b>		
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
<b>Servicios con Cobertura Selectos</b>		
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](http://www.uhh.org)**

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