

Benefits at a Glance



Make the most of your benefits!

- **Get a primary care provider (PCP).** Primary care providers coordinate all your care and can save you time and money.
- Visit your PCP's office or urgent care center whenever possible. **Avoid hospitals**—they often charge more for the same services.
- **Stay in network** when you see a doctor or visit a pharmacy.

Medical Plan Options

Unless stated otherwise, this chart shows what you pay for covered expenses. Your primary care doctor takes care of all specialist referrals and gets approval for your medical care.

Plan Details	New benefit!	Kaiser2+	Kaiser+
	EHS Medical Group EPO		
Employee Contribution	\$0	\$50 per month	\$25 per month
Annual Deductible — You must pay your deductible each year before benefits are paid for most covered expenses	None	None	\$1,000 individual \$2,000 family
Annual Out-of-Pocket Spending Limit	\$1,500 individual (\$1,200 for Rx)	\$2,000 individual	\$3,000 individual
	\$3,000 family (\$2,400 for Rx)	\$4,000 family	\$6,000 family
Office Visits			
Preventive Healthcare	\$0	\$0	\$0
ConsejoSano — 24/7 medical advice in Spanish	\$0	Not covered	Not covered
Primary and Specialty Care	\$0	\$20 per visit	\$20 per visit
Mental Health/Chemical Dependency — Individual visit	\$0	\$20 per visit	\$20 per visit
Emergency and Urgent Care Services			
Urgent Care	\$0	\$20 per visit	\$20 per visit
Emergency Room (ER) — No copay if admitted	\$50 per visit	\$150 per visit <i>(effective 1/1/18)</i>	20% coinsurance after deductible
Ambulance	\$0	\$50 per trip	\$150 per trip

Questions? Call the Fund or visit www.uhh.org

(855) 484-8480 or (213) 484-8480

Medical Plan Options *(continued)*

Unless stated otherwise, this chart shows what you pay for covered expenses. Your primary care doctor takes care of all specialist referrals and gets approval for your medical care.

Plan Details	EHS Medical Group EPO	Kaiser2+	Kaiser+			
Inpatient Services						
Hospital Inpatient Services and Surgery — Includes mental health/chemical dependency treatment	\$0	\$500 per admit	20% coinsurance after deductible			
Skilled Nursing Facility (100-day maximum per year)	\$0	\$0	20% coinsurance			
Outpatient Services						
Surgery and Certain Other Outpatient Procedures	\$0	\$20 per procedure	20% coinsurance after deductible			
X-Ray and Laboratory Services	\$0	\$0	\$10 per procedure			
Physical, Occupational, and Speech Therapy	\$0	\$20 per visit	\$20 per visit			
Select Covered Services						
Durable Medical Equipment	\$0	20% coinsurance	20% coinsurance			
Home Healthcare (100-visit maximum per year)	\$0	\$0	\$0			
Hospice Care	\$0	\$0	\$0			
Services from Non-Network Providers						
Not covered — Except for emergency or upon specific approval or referral by EHS or Kaiser, as applicable.						
Prescription Drugs						
Different copays may apply to specialty drugs	Generic	Brand	Generic	Brand	Generic	Brand
Retail	\$5	\$15	\$10	\$30	\$10	\$30
Mail Order	\$5	\$15	\$20	\$60	\$20	\$60

Additional Benefits

Dental Care —

Must use the Dental Center: (213) 484-9660

Plan Services	Dental2+	Dental+
	<i>For members with EHS or Kaiser2+ coverage</i>	<i>For members with Kaiser+ coverage</i>
Preventive	\$0	\$0
Minor Restorative	10% of charges	15% of charges
Major Restorative	15% of charges	25% of charges

Vision Care —

Covered once every 24 months; consult your SPD for non-network benefits

New benefit!

Plan Services	UnitedHealthcare Provider
Exam	\$15
Lenses/Frames	\$10; plan benefits limited to \$130 for frames (lenses are covered in full)
Elective Contact Lenses (instead of glasses)	\$10; plan benefits limited to \$105 for non-standard contacts like toric and gas permeable lenses

Life Insurance

Category	Benefit Amount
Employee	\$10,000
Dependent	\$10,000

This document constitutes a Summary of Material Modifications (SMM) under the Employee Retirement Income Security Act of 1974, as amended, and summarizes recent actions taken by the Board of Trustees of UNITE HERE HEALTH. It describes benefit and administrative changes affecting the information included in your Summary Plan Description (SPD).

This SMM addresses changes to all benefits in your SPD and may include changes and benefits that don't apply to you based on your or your employer's elections. Please read this information carefully; then, keep it with your SPD for future reference. Except as described in this SMM, the information otherwise contained in your SPD continues to apply.

Beneficios a simple vista



¡Aproveche sus beneficios al máximo!

- **Elija un proveedor de atención primaria (PCP).** Los proveedores de atención primaria coordinan todos sus cuidados y pueden ahorrarle tiempo y dinero.
- Visite el consultorio de su PCP o centro de cuidados de urgencias siempre que sea posible. **Evite los hospitales**—en general cobran más por los mismos servicios.
- **Permanezca dentro de la red** cuando vea un médico o visite una farmacia.

Opciones de Plan Médico

A menos que se indique lo contrario, esta tabla muestra lo que usted paga por los gastos cubiertos. Su médico de atención primaria se encarga de todas las referencias a especialistas y obtiene aprobación para su atención médica.

Detalles del Plan	Nuevo beneficio!	Kaiser2+	Kaiser+
	EHS Medical Group EPO		
Contribución del Empleado	\$0	\$50 por mes	\$25 por mes
Deducible anual — Antes de las prestaciones que se pagan por ciertos servicios cubiertos, usted debe pagar esta cantidad hacia cargos permitidos cada año.	Ninguno	Ninguno	\$1,000 individual
			\$2,000 familiar
Límite anual de gastos fuera de bolsillo	\$1,500 individual (\$1,200 por Rx)	\$2,000 individual	\$3,000 individual
	\$3,000 familiar (\$2,400 por Rx)	\$4,000 familiar	\$6,000 familiar
Visitas al Consultorio			
Atención Médica Preventiva	\$0	\$0	\$0
ConsejoSano — consejo médico en Español 24/7	\$0	No tiene cobertura	No tiene cobertura
Atención Primaria y Especializada	\$0	\$20 por visita	\$20 por visita
Salud Mental/Dependencia Química — Visita individual	\$0	\$20 por visita	\$20 por visita
Servicios de Emergencia y Atención Urgente			
Atención Urgente	\$0	\$20 por visita	\$20 por visita
Sala de Emergencias (ER) — Sin copago si es admitido	\$50 por visita	\$150 por visita (vigente 1/1/18)	20% de coseguro después del deducible
Ambulancia	\$0	\$50 por viaje	\$150 por viaje

¿Preguntas? Llame al Fondo o visite www.uhh.org

(855) 484-8480 o (213) 484-8480

Opciones de Plan Médico (continuación)

A menos que se indique lo contrario, esta tabla muestra lo que usted paga por los gastos cubiertos. Su médico de atención primaria se encarga de todas las referencias a especialistas y obtiene aprobación para su atención médica.

Detalles del Plan	EHS Medical Group EPO	Kaiser2+	Kaiser+			
Servicios de Hospitalización						
Servicios de Hospitalización y Cirugía — Incluye tratamiento para salud mental/dependencia química	\$0	\$500 por admisión	20% de coseguro después del deducible			
Centro de Enfermería Especializada (máximo de 100 días al año)	\$0	\$0	20% coseguro			
Servicios Ambulatorios						
Cirugía y Otros Ciertos Procedimientos Ambulatorios	\$0	\$20 por procedimiento	20% de coseguro después del deducible			
Servicios de Radiografías y de Laboratorio	\$0	\$0	\$10 por procedimientoe			
Terapia Física, Ocupacional y del Habla	\$0	\$20 por visita	\$20 por visita			
Servicios Cubiertos Seleccionados						
Equipo Médico Duradero	\$0	20% coseguro	20% coseguro			
Cuidado de la Salud en el Hogar (máximo de 100 visitas al año)	\$0	\$0	\$0			
Cuidado de Hospicio	\$0	\$0	\$0			
Servicios de Proveedores Fuera de la Red						
No Tiene Cobertura — Excepto en caso de emergencia o con previa aprobación o referencia por EHS o Kaiser, según corresponda.						
Medicamentos con Receta Pueden aplicarse diferentes copagos a los medicamentos especializados						
	Genéricos	De Marca	Genéricos	De Marca	Genéricos	De Marca
Minorista	\$5	\$15	\$10	\$30	\$10	\$30
Pedido por Correo	\$5	\$15	\$20	\$60	\$20	\$60

Beneficios Adicionales

Cuidado Dental —

Debe usar el Dental Center: (213) 484-9660

Servicios del Plan	Dental2+	Dental+
	Para miembros con cobertura EHS o Kaiser2+	Para miembros con cobertura Kaiser+
Preventivo	\$0	\$0
Restaurativo Menor	10% de los cargos	15% de los cargos
Restaurativo Mayor	15% de los cargos	25% de los cargos

Seguro de Vida

Categoría	Monto del Beneficio
Empleado	\$10,000
Dependiente	\$10,000

Cuidado de la Visión —

Cubierto una vez cada 24 meses; Consulte su SPD para beneficios fuera de la red

Nuevo beneficio!

Servicios del Plan	Proveedor UnitedHealthcare
Examen	\$15
Lentes/Marcos	\$10; beneficios del plan limitados a \$130 para marcos (lentes están cubiertos en su totalidad)
Lentes de Contacto Electivos (en lugar de anteojos)	\$10; beneficios del plan limitados a \$105 para lentes de contacto no estándar como lentes tóricas y permeables a los gases

Este documento constituye un Resumen de Modificaciones de Materiales (SMM) bajo la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (Employee Retirement Income Security Act of 1974), en su forma enmendada, y resume las acciones recientes tomadas por el Consejo de Fideicomisarios de UNITE HERE HEALTH. Describe cambios administrativos y a los beneficios, que afectan la información incluida en la Descripción Resumida del Plan (SPD).

Este SMM abarca cambios a todos los beneficios en su SPD y puede incluir cambios y beneficios que no se aplican a usted basado en sus elecciones o las de su empleador. Por favor, lea esta información cuidadosamente; luego guárdela con su SPD para futura referencia. Excepto como se describe en este SMM, la información contenida en su SPD sigue aplicándose.