



Puede que usted no tenga todos estos beneficios. Sus beneficios son determinados por su acuerdo de negociación colectiva y sus elecciones de inscripción. Si tiene preguntas acerca de su cobertura o sus beneficios específicos, contacte a su fondo de salud al **855-405-3863**.

Blue Cross Blue Shield	Gold Plus	
QUÉ TIENE COBERTURA <small>(efectivo 1/1/2019)</small>	LO QUE USTED PAGA— Dentro de la Red	LO QUE USTED PAGA— Fuera de la Red
Visitas a la Clínica		
Cuidado Preventivo	\$0 copago	No tiene cobertura
Médico de Atención Primaria <small>(incluye todos los cuidados recibidos durante la visita)</small>	\$20	50%
Doctor on Demand <small>(telemedicina)</small>	\$15	No tiene cobertura
Especialista <small>(todos los cuidados recibidos durante la visita)</small>	\$40	50%
Salud Mental/Abuso de Sustancias	\$20	50%
Servicios Quiroprácticos <small>(12 visitas al año)</small>	\$20	No tiene cobertura
Educación Sobre la Diabetes	\$0	No tiene cobertura
Emergencias, Centro de Urgencias y Servicios de Hospitalización		
Centro de Urgencias	\$40	50%
Sala de Emergencias (ER) para Emergencias <small>(no aplica si es admitido(a))</small>	\$150	\$150
Sala de Emergencias (ER) para Atención Rutinaria	50%	No tiene cobertura
Ambulancia Terrestre <small>(2 viajes al año)</small>	\$150/viaje	\$150/trip
Hospitalización del Paciente	\$250 al día <small>(\$750 máximo por admisión)</small>	50%
Instalaciones de Enfermería Especializada <small>(30 días al año)</small>	\$250 al día <small>(\$750 máx por admisión; no hay copago después de una estancia en el hospital)</small>	50%
Servicios Ambulatorios		
Cirugía Ambulatoria	\$150 centro quirúrgico ambulatorio	50%
	\$250 hospital	
Terapia Física y Ocupacional <small>60 visitas al año, combinadas</small>	\$20 en clínica o Instalaciones no hospitalarias	
	\$40 paciente ambulatorio de hospital	
Terapia del Habla <small>30 visitas al año</small>	\$20 en clínica o Instalaciones no hospitalarias	
	\$40 paciente ambulatorio de hospital	
Medicamento por Infusión y Quimioterapia	\$0 en el hogar	
	\$20 en clínica o centro de infusión	
	20% paciente ambulatorio de hospital <small>(máximo de \$200 por visita)</small>	
Diálisis del Riñón	\$0 en el hogar o centro de diálisis	
	20% paciente ambulatorio de hospital <small>(máximo de \$200 por visita)</small>	
Radioterapia	20%	

Médico (continuación)	Gold Plus	
QUÉ TIENE COBERTURA	LO QUE USTED PAGA— Dentro de la Red	LO QUE USTED PAGA— Fuera de la Red

Servicios de Laboratorio e Imágenes

Servicios de Laboratorio y Radiología <i>No hay copagos adicionales cuando son parte de una visita a la clínica</i>	\$20 en clínica o laboratorio que no sea en el hospital	50%
	\$80 paciente ambulatorio de hospital	
Diagnóstico por Imágenes (CT, MRI, PET)	\$150 en clínica o instalaciones no hospitalarias	
	\$250 paciente ambulatorio de hospital	

Otro Tipo de Atención y Gastos

Visita al Hogar para Cuidado de la Salud (30 visitas al año)	\$0	50%
Cuidados Paliativos (Hospicio)	\$0	50%
Ortopedia de Podiatría <i>\$500 máximo cada 24 meses</i>	\$0	No tiene cobertura
Equipo Médico de uso a Largo Plazo	25%	No tiene cobertura

Medicamentos con Receta La red True Choice excluye a CVS y algunas otras cadenas y farmacias independientes (los medicamentos de marca no preferidos no tienen cobertura)

Genéricos	\$5 copago por prescripción	No tiene cobertura
Medicamentos de Marca Preferidos <i>En el formulario</i>	\$30 copago por prescripción	
Medicamentos Orales de Marca para Diabetes, Insulina y Suministros <i>En el formulario</i>	\$15 copago por prescripción	
Medicamentos Especializados y Biosimilares	25% coseguro (<i>\$50 máximo por prescripción</i>)	

Otros

Deducible Médico	\$0	
Límite de Gastos del Bolsillo Dentro de la Red Una vez el costo compartido de gastos con cobertura llega a estos límites, el plan paga el 100% de la mayoría de sus gastos con cobertura dentro de la red durante el resto del año (consulte su SPD para gastos que no cuentan).	Médico	\$2,000 individual; \$6,000 familia
	Farmacia	\$1,600 individual; \$3,200 familia

855-405-3863
www.uhh.org



Beneficios No Médicos



A simple vista

PPO Dental, Visión, Discapacidad de Corto Plazo, Vida y AD&D

Efectivo 1/1/2019

Dental y visión ofrecido como un paquete combinado

Dental Cigna DPPO		
<i>Efectivo Enero 1, 2019</i>	LO QUE USTED PAGA— Dentro de la red	LO QUE USTED PAGA— Fuera de la red
Cuidado Diagnóstico y Preventivo <i>Incluye exámenes de rutina, limpiezas y radiografías</i>	\$0	30% de los cargos
Cuidado Restaurativo Básico <i>Incluye rellenos, endodoncia, periodontología, reparación de coronas/puentes</i>	20% de los cargos, después del deducible	40% de los cargos, después del deducible
Cuidado Restaurativo Principal <i>Incluye coronas, puentes, fundas, implantes, prótesis dentales</i>	50% de los cargos, después del deducible	60% de los cargos, después del deducible
Cuidado de Ortodoncia	El plan paga 50% de los cargos, hasta \$2,500 máximo de por vida	
Deducible por Año Calendario	\$50 por persona; \$150 por familia <i>(No aplica al cuidado diagnóstico, preventivo y de ortodoncia)</i>	
Beneficio Máximo por persona Año Calendario	El Plan paga hasta \$1,500 <i>(no aplica hacia exámenes para personas menores de 19 años)</i>	



Visión VSP		
<i>Beneficios disponibles cada 12 meses</i>	LO QUE USTED PAGA	
	Red VSP	Fuera de la Red
Examen de la Vista	\$0 copago	\$10 copago; el plan paga hasta \$45
Marcos	\$25 copago; el plan paga hasta \$175 por marcos	\$25 copago; el plan paga hasta \$70
Lentes		\$25 copago; el plan paga hasta \$30-\$100, dependiendo del tipo de lentes
Lentes de Contacto <i>En lugar de anteojos</i>	Contacts—\$0 copay; up to \$50 for exam; plan pays up to \$175	El plan paga hasta \$120 por lentes de contacto, prueba y evaluación

Puede que usted no tenga todos estos beneficios. Sus beneficios son determinados por su acuerdo de negociación colectiva y sus elecciones de inscripción. Si tiene preguntas acerca de su cobertura o sus beneficios específicos, contacte a su fondo de salud.

855-405-3863
www.uhh.org

Discapacidad de Corto Plazo

<i>Sólo para empleados</i>	LO QUE PAGA EL PLAN
Discapacidad de Corto Plazo <i>Accidente 1er día/ enfermedad 8vo día</i>	\$200/semana; 26-semana máx

Vida y AD&D

<i>Sólo para empleados</i>	LO QUE PAGA EL PLAN
Seguro de Vida	\$10,000
Muerte Accidental y Seguro de Desmembramiento	\$5,000



Beneficios No Médicos



A simple vista

HMO Dental, Visión, Discapacidad de Corto Plazo, Vida y AD&D

Efectivo 1/1/2019

Ofrecido como un paquete combinado

Dental Cigna DHMO	
<p>¡Elija un dentista de la red! <i>Sus beneficios no son efectivos hasta que lo haga! Llame a Cigna: (800) 244-6224</i></p>	LO QUE USTED PAGA
Exámenes Orales de Rutina/Limpiezas	\$0 copago
La Mayoría de Radiografías	\$0 copago
Rellenos Amalgama	\$6 – \$18 copago, dependiendo del número de superficies
Coronas Un reemplazo por persona cada 5 años	\$370 – \$470 copago, dependiendo del tipo
Endodoncia	\$275 – \$440 copago, dependiendo del tipo
Ortodoncia—Niño menor de 19 24-meses máx	\$2,280 total copago (\$95 copago por mes)
<p><i>Cobertura para beneficios únicamente dentro de la red; no deducible; sin máximo para servicios que no sean de ortodoncia</i></p>	

Visión VSP		
Beneficios disponibles cada 12 meses	LO QUE USTED PAGA	
	Red VSP	Fuera de la Red
Examen de la Vista	\$0 copago	El plan paga hasta \$45
Marcos	\$25 copago; el plan paga hasta \$175 por marcos	El plan paga hasta \$70
Lentes		El plan paga hasta \$30-\$100, dependiendo del tipo de lentes
Lentes de Contacto <i>En lugar de anteojos</i>	Contacts—\$0 copay; up to \$50 for exam; plan pays up to \$175	El plan paga hasta \$120 por lentes de contacto, prueba y evaluación

Discapacidad de Corto Plazo	
<i>Sólo para empleados</i>	LO QUE PAGA EL PLAN
Discapacidad de Corto Plazo <i>Accidente 1er día/ enfermedad 8vo día</i>	\$200/semana; 26-semana máx

Vida y AD&D	
<i>Sólo para empleados</i>	LO QUE PAGA EL PLAN
Seguro de Vida	\$10,000 - \$30,000
Muerte Accidental y Seguro de Desmembramiento	

Puede que usted no tenga todos estos beneficios. Sus beneficios son determinados por su acuerdo de negociación colectivo y sus elecciones de inscripción. Si tiene preguntas acerca de su cobertura o sus beneficios específicos, contacte a su fondo de salud.

855-405-3863
www.uhh.org