



Beneficios Médicos

A simple vista



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-FUND**.

| Blue Cross Blue Shield | Silver Plus | |
|--|--|---|
| QUÉ TIENE COBERTURA <small>(efectivo 1/1/2018)</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 <i>(incluye todos los cuidados recibidos durante la visita)</i> | \$25 | 50% después del deducible |
| Doctor on Demand <i>(telemedicina)</i> | \$15 | No tiene cobertura |
| Especialista <i>(todos los cuidados recibidos durante la visita)</i> | \$50 | 50% después del deducible |
| Salud Mental/Abuso de Sustancias | \$25 | 50% después del deducible |
| Servicios Quiroprácticos <i>(12 visitas al año)</i> | \$25 | No tiene cobertura |
| Educación Sobre la Diabetes | \$0 | No tiene cobertura |

Emergencias, Centro de Urgencias y Servicios de Hospitalización

| | | |
|--|--|--|
| Centro de Urgencias | \$50 | 50% después del deducible |
| Sala de Emergencias (ER) para Emergencias | \$200 <i>(no se requiere si es admitido)</i> | \$200 <i>(no se requiere si es admitido)</i> |
| Sala de Emergencias (ER) para Atención Rutinaria | 50% de los cobros después del deducible | No tiene cobertura |
| Ambulancia Terrestre <i>(2 viajes al año)</i> | 30% después del deducible | 30% después del deducible |
| Hospitalización del Paciente | 30% después del deducible | 50% después del deducible |
| Instalaciones de Enfermería Especializada <i>(30 días al año)</i> | 30% después del deducible | 50% después del deducible |

Servicios Ambulatorios

| | | |
|---|---|---------------------------|
| Cirugía Ambulatoria | 20% después del deducible; Centro quirúrgico ambulatorio | 50% después del deducible |
| | 30% después del deducible; hospital | |
| Terapia Física y Ocupacional <i>60 visitas al año, combinadas</i> | \$30 en clínica o Instalaciones no hospitalarias | |
| | \$60 paciente ambulatorio de hospital | |
| Terapia del Habla <i>30 visitas al año</i> | \$30 en clínica o Instalaciones no hospitalarias | |
| | \$60 paciente ambulatorio de hospital | |
| Medicamento por Infusión y Quimioterapia | \$0 en el hogar | |
| | \$25 en clínica o centro de infusión | |
| | 30% después del deducible; paciente ambulatorio de hospital <i>(máximo de \$250 por visita)</i> | |
| Diálisis del Riñón | \$0 en el hogar o centro de diálisis | |
| | 30% después del deducible; paciente ambulatorio de hospital <i>(máximo de \$250 por visita)</i> | |
| Radioterapia | 30% después del deducible | |

| Médico (continuación) | Silver 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> | \$25 en clínica o laboratorio que no sea en el hospital | 50% después del deducible |
| | \$100 paciente ambulatorio de hospital | |
| Diagnóstico por Imágenes (CT, MRI, PET) | \$175 en clínica o instalaciones no hospitalarias | |
| | \$300 paciente ambulatorio de hospital | |

Otro Tipo de Atención y Gastos

| | | |
|---|---------------------------|---------------------------|
| Visita al Hogar para Cuidado de la Salud (30 visitas al año) | \$15 | 50% después del deducible |
| Cuidados Paliativos (Hospicio) | \$0 | 50% después del deducible |
| Ortopedia de Podiatría \$500 máximo cada 24 meses | \$0 | No tiene cobertura |
| Equipo Médico de uso a Largo Plazo | 25% después del deducible | 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 | \$10 copago por prescripción | No tiene cobertura |
| Medicamentos de Marca Preferidos <i>En el formulario</i> | \$30 copago por prescripción | |
| Medicamentos Especializados y Biosimilares | 25% coseguro (\$50 máximo por prescripción) | |

Otros

| | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------------------|
| Deducible Médico | \$1,500 individual; \$3,000 familia | |
| 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 | \$5,000 individual; \$10,000 familia |
| | Farmacia | \$1,600 individual; \$3,200 familia |

(855) 405-FUND
www.uhh.org

Este documento es un resumen fácil de leer y no incluye todos los beneficios. Si desea más detalles acerca de sus beneficios o si desea averiguar qué tratamientos/servicios requieren autorización previa, por favor consulte su Descripción Resumida del Plan (SPD) o llame a UNITE HERE HEALTH.



Beneficios No Médicos



A simple vista

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

Efectivo 1/1/2018

Dental y visión ofrecido como un paquete combinado

| Dental Cigna DPPO | | |
|---|--|---|
| <i>Efectivo Enero 1, 2018</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 | \$10 copago | \$10 copago; el plan paga hasta \$45 |
| Marcos | \$25 copago; el plan paga hasta \$160 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 Opcionales <i>En lugar de anteojos</i> | Lentes de contacto—\$0 copago; hasta \$60 para el examen; el plan paga hasta \$160 | El plan paga hasta \$120 |

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

(855) 405-FUND
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-\$400/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 | |

*Monto del beneficio depende de su acuerdo de negociación colectiva.



Beneficios No Médicos



A simple vista

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

Efectivo 1/1/2018

Ofrecido como un paquete combinado

| Dental Cigna DHMO | |
|---|--|
| ¡Elija un dentista de la red! Sus beneficios no son efectivos hasta que lo haga! Llame a Cigna: (800) 244-6224 | 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 – \$460 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) |
| Cobertura para beneficios únicamente dentro de la red; no deducible; sin máximo para servicios que no sean de ortodoncia | |

+

| Visión VSP | | |
|---|--|--|
| Beneficios disponibles cada 12 meses | LO QUE USTED PAGA | |
| | Red VSP | Fuera de la Red |
| Examen de la Vista | \$10 copago | \$10 copago; el plan paga hasta \$45 |
| Marcos | \$25 copago; el plan paga hasta \$160 por marcos | \$25 copago; el plan paga hasta \$70 |
| Lentes | 20% de descuento en otros marcos que estén por encima del subsidio; \$20 de descuento en algunos marcos de marca | \$25 copago; el plan paga hasta \$30-\$100, dependiendo del tipo de lentes |
| Lentes de Contacto Opcionales En lugar de anteojos | Lentes de contacto—\$0 copago; hasta \$60 para el examen; el plan paga hasta \$160 | El plan paga hasta \$120 |

| Discapacidad de Corto Plazo | |
|---|---------------------------------------|
| Sólo para empleados | LO QUE PAGA EL PLAN |
| Discapacidad de Corto Plazo Accidente 1er día/ enfermedad 8vo día | \$200-\$400/semana*; 26-semana máx |

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

*Monto del beneficio depende de su acuerdo de negociación colectiva.

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

(855) 405-FUND
www.uhh.org