



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 al **855-405-3863**.

Blue Cross Blue Shield	Silver Plus	
QUÉ TIENE COBERTURA <small>(efectivo 1/1/2019)</small>	LO QUE USTED PAGA— <b>Dentro de la Red</b>	LO QUE USTED PAGA— <b>Fuera de la Red</b>

### Visitas a la Clínica

Cuidado Preventivo	\$0 copago	No tiene cobertura
<b>Médico de Atención Primaria</b> <small>(incluye todos los cuidados recibidos durante la visita)</small>	\$25	50% después del deducible
<b>Doctor on Demand</b> <small>(telemedicina)</small>	\$15	No tiene cobertura
<b>Especialista</b> <small>(todos los cuidados recibidos durante la visita)</small>	\$50	50% después del deducible
<b>Salud Mental/Abuso de Sustancias</b>	\$25	50% después del deducible
<b>Servicios Quiroprácticos</b> <small>(12 visitas al año)</small>	\$25	No tiene cobertura
<b>Educación Sobre la Diabetes</b>	\$0	No tiene cobertura

### Emergencias, Centro de Urgencias y Servicios de Hospitalización

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

### Servicios Ambulatorios

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

<b>Médico</b> (continuación)	<b>Silver Plus</b>	
QUÉ TIENE COBERTURA	LO QUE USTED PAGA— <b>Dentro de la Red</b>	LO QUE USTED PAGA— <b>Fuera de la Red</b>

**Servicios de Laboratorio e Imágenes**

<b>Servicios de Laboratorio y Radiología</b> <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	
<b>Diagnóstico por Imágenes</b> (CT, MRI, PET)	\$175 en clínica o instalaciones no hospitalarias	
	\$300 paciente ambulatorio de hospital	

**Otro Tipo de Atención y Gastos**

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

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

**Otros**

<b>Deducible Médico</b>	\$750 individual; \$1,500 familia	
<b>Límite de Gastos del Bolsillo Dentro de la Red</b> 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).	<b>Médico</b>	\$2,000 individual; \$6,000 familia
	<b>Farmacia</b>	\$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**

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



<b>Visión   VSP</b>		
<i>Beneficios disponibles cada 12 meses</i>	<b>LO QUE USTED PAGA</b>	
	<b>Red VSP</b>	<b>Fuera de la Red</b>
<b>Examen de la Vista</b>	\$0 copago	\$10 copago; el plan paga hasta \$45
<b>Marcos</b>	\$25 copago; el plan paga hasta \$175 por marcos	\$25 copago; el plan paga hasta \$70
<b>Lentes</b>		\$25 copago; el plan paga hasta \$30-\$100, dependiendo del tipo de lentes
<b>Lentes de Contacto</b> <i>En lugar de anteojos</i>	<b>Contacts—\$0 copay; up to \$50 for exam; plan pays up to \$175</b>	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>	<b>LO QUE PAGA EL PLAN</b>
<b>Discapacidad de Corto Plazo</b> <i>Accidente 1er día/ enfermedad 8vo día</i>	\$200/semana; 26-semana máx

## **Vida y AD&D**

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

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

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

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

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

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](http://www.uhh.org)