



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 **844-427-8501**.

MultiPlan y Pacific Health Coalition	Bronze Plan	
QUÉ TIENE COBERTURA <i>(efectivo 1/1/2021)</i>	LO QUE USTED PAGA— Proveedor PPO/de la Coalición o Cualquier Proveedor fuera de Anchorage*	LO QUE USTED PAGA— Proveedor que no es PPO (No está en la Coalición) en Anchorage*

Visitas y Consultas

	No hay cobro	No hay cobro
Cuidado Preventivo	No hay cobro	No hay cobro
Médico de Atención Primaria <i>(incluye todos los cuidados recibidos durante la visita)</i>	40% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible
Teladoc <i>(telemedicina)</i>	No hay cobro	No hay cobro
Especialista <i>(todos los cuidados recibidos durante la visita)</i>	40% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible
Salud Mental/Abuso de Sustancias	40% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible
Servicios Quiroprácticos <i>(1 visita por día)</i>	40% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible
Educación Sobre la Diabetes	No hay cobro	No hay cobro

Emergencias, Cuidados Urgentes y Servicios de Hospitalización

	40% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible
Cuidados Urgentes	40% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible
Sala de Emergencias (ER) para Emergencias <i>(no aplica si es admitido(a))</i>	\$100 de copago + 40% de coseguro después del deducible	\$100 de copago + 40% de coseguro después del deducible
Sala de Emergencias (ER) para Atención de Rutina	\$100 de copago + 40% de coseguro después del deducible	\$100 de copago + 40% de coseguro después del deducible
Ambulancia Terrestre	40% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible
Hospitalización del Paciente	\$350 de copago + 40% de coseguro después del deducible	\$350 de copago + 50% de coseguro después del deducible para instalaciones que no son PPO dentro de la municipalidad de Anchorage
Instalaciones de Enfermería Especializada <i>(100 días por confinamiento)</i>	No hay cobro	No hay cobro

Servicios Ambulatorios

	40% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible para instalaciones que no son PPO dentro de la municipalidad de Anchorage
Cirugía Ambulatoria	40% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible para instalaciones que no son PPO dentro de la municipalidad de Anchorage
Terapia Física y Ocupacional	40% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible para instalaciones que no son PPO dentro de la municipalidad de Anchorage
Terapia del Habla	40% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible para instalaciones que no son PPO dentro de la municipalidad de Anchorage
Medicamento por Infusión y Quimioterapia	40% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible
Diálisis del Riñón	40% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible
Radioterapia	40% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible

*Los servicios recibidos de un proveedor que no es PPO serán cubiertos hasta el Cobro Usual y Acostumbrado (UCC, por sus siglas en inglés). Cualquier cantidad arriba del UCC no se cubrirá y usted puede recibir una factura por parte del proveedor.

Médico (continuación)	Bronze Plan	
QUÉ TIENE COBERTURA	LO QUE USTED PAGA— Proveedor PPO/de la Coalición o Cualquier Proveedor fuera de Anchorage*	LO QUE USTED PAGA— Proveedor que no es PPO (No está en la Coalición) en Anchorage*
Servicios de Laboratorio e Imágenes		
Servicios de Laboratorio y Radiología	40% de coseguro después del deducible	Fuera del hospital - 40% de coseguro después del deducible En hospital - 50% de coseguro después del deducible para instalaciones que no son PPO dentro de la municipalidad de Anchorage
Diagnóstico por Imágenes (CT, MRI, PET)	40% de coseguro después del deducible	
Otro Tipo de Atención y Gastos		
Visita al Hogar para Cuidado de la Salud (100 visits per year)	No hay cobro	No hay cobro
Cuidados Paliativos (hospitalización limitada a 30 días)	40% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible
Ortopedia de Podiatría	No hay cobro	No hay cobro
Equipo Médico Duradero	40% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible
Medicamentos con Receta		
Genéricos	50% de coseguro (\$5 mínimo en farmacias comerciales; \$10 mínimo por correo)	
Medicamentos de Marca	50% de coseguro (\$5 mínimo en farmacias comerciales; \$10 mínimo por correo)	
Medicamentos Orales para Diabetes, Insulina y Suministros	\$5 de copago en farmacias comerciales / \$10 de copago por correo	
Medicamentos Especiales y Biosimilares	50% de coseguro (\$5 mínimo en farmacias comerciales; \$10 mínimo por correo)	
Otros		
Deducible Médico	\$750 por individuo/\$1,500 por familia para el Proveedor PPO/de la Coalición o Cualquier Proveedor fuera de Anchorage, \$1,500 por individuo/\$3,000 por familia para un Proveedor que no es PPO (no está en la Coalición) en la municipalidad de Anchorage	
Límite de Gastos del Bolsillo para Proveedor PPO/de la Coalición o Cualquier Proveedor fuera de Anchorage Una vez que 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	\$4,000 por individuo; \$8,000 por familia
Límite de Gastos del Bolsillo para Proveedor que no es PPO (No está en la Coalición) en Anchorage	Médico	\$11,250 por individuo \$22,500 por familia
Límite de Gastos del Bolsillo para Medicamentos Recetados		\$2,350 por individuo \$4,700 por familia

*Los servicios recibidos de un proveedor que no es PPO serán cubiertos hasta el Cobro Usual y Acostumbrado (UCC, por sus siglas en inglés). Cualquier cantidad arriba del UCC no se cubrirá y usted puede recibir una factura por parte del proveedor.

844-427-8501
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, por sus siglas en inglés) o llame a UNITE HERE HEALTH.



Beneficios No Médicos

A Simple Vista



Dental, Vida y AD&D

Effectivo 1/1/2021

Dental – Solamente para el Empleado

Effectivo 1 de enero de 2021

Beneficio Máximo Por Persona <i>Año calendario</i>	El plan paga hasta \$1,000
Servicios Preventivos y de Diagnóstico	El plan paga el 100% de los cargos acostumbrados y habituales
Coseguro	50%*
Examen Oral Periódico	No Hay Cobro*
La Mayoría de Radiografías	No Hay Cobro*
Limpiezas Periódicas Regulares (profilaxis para niño o adulto)	Hasta 2 en total por persona cada año
Deducible por Año Calendario	\$50 por persona

*Los servicios recibidos serán cubiertos hasta el Cobro Usual y Acostumbrado (UCC, por sus siglas en inglés). Cualquier cantidad arriba del UCC no se cubrirá y usted puede recibir una factura por parte del proveedor.

Vida y AD&D – Solo para el Empleado

<i>Sólo para empleados</i>	LO QUE PAGA EL PLAN
Seguro de Vida	\$20,000
Seguro de Muerte Accidental y Desmembramiento	

Para Autorización Previa, por favor contacte a Medical Rehabilitation Consultants:
Teléfono: **800-827-5058** sin cargos

Llame a UNITE HERE HEALTH al **844-427-8501** para verificar beneficios y elegibilidad.

Se requiere autorización previa para:

Adenoidectomía – extirpación quirúrgica de las adenoides
Liberación del Túnel Carpiano – cirugía para liberar presión sobre el nervio mediano en la muñeca
Hemorroidectomía – extirpación quirúrgica de hemorroides
Artroscopia de la Rodilla (Diagnóstico y Reparación) – examen del interior de la rodilla con una pequeña cámara (artroscopio)
Laparoscopia Pélvica – examen de los órganos de la mujer por medio de un endoscopio
Tratamiento quirúrgico para la obesidad
Amigdalectomía y Adenoidectomía – extirpación quirúrgica de las amígdalas y adenoides
Amigdalectomía – extirpación quirúrgica de las amígdalas
Inserción del Tubo de Timpanostomía – cirugía para colocar tubos para drenar en el oído
Endoscopia Gastrointestinal Superior – examen del esófago, el estómago y la primera parte del intestino delgado insertando un pequeño tubo (cámara con luz) en la garganta
Cirugía Ambulatoria
Hospitalizaciones
Servicios de hospitalización para la salud mental, salud del comportamiento o abuso de sustancias
Servicios de Rehabilitación
Pruebas Clínicas
Servicios para Enfermos Terminales

Esta tabla es solo una guía general de los requisitos de autorización previa para los Planes de UHH. Esta lista puede ser actualizada ocasionalmente. Es la responsabilidad del proveedor verificar si hay alguna actualización. Si el procedimiento que se cobró no es el procedimiento que fue aprobado, es posible que no se pague y el paciente no es responsable. El que haya o no haya algún código de procedimiento y/o el servicio en esta lista no determina los beneficios o cobertura de su paciente. Se debe verificar la elegibilidad y beneficios llamando a **UNITE HERE HEALTH** al **844-427-8501**.