



# 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	Gold Plan	
QUÉ TIENE COBERTURA <i>(efectivo 1/1/2021)</i>	LO QUE USTED PAGA— <b>Proveedor PPO/de la Coalición o Cualquier Proveedor fuera de Anchorage*</b>	LO QUE USTED PAGA— <b>Proveedor que no es PPO (No está en la Coalición) en Anchorage*</b>

## Visitas y Consultas

Cuidado Preventivo	No hay cobro	No hay cobro
Médico de Atención Primaria <i>(incluye todos los cuidados recibidos durante la visita)</i>	20% de coseguro después del deducible	20% 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>	20% de coseguro después del deducible	20% de coseguro después del deducible
Salud Mental/Abuso de Sustancias	20% de coseguro después del deducible	20% de coseguro después del deducible
Servicios Quiroprácticos <i>(1 visita por día)</i>	20% de coseguro después del deducible	20% de coseguro después del deducible
Educación Sobre la Diabetes	No hay cobro	No hay cobro

## Emergencias, Cuidados Urgentes y Servicios de Hospitalización

Cuidados Urgentes	20% de coseguro después del deducible	20% de coseguro después del deducible
Sala de Emergencias (ER) para Emergencias <i>(no aplica si es admitido(a))</i>	\$100 de copago + 20% de coseguro después del deducible	\$100 de copago + 20% de coseguro después del deducible
Sala de Emergencias (ER) para Atención de Rutina	\$100 de copago + 20% de coseguro después del deducible	\$100 de copago + 20% de coseguro después del deducible
Ambulancia Terrestre	20% de coseguro después del deducible	20% de coseguro después del deducible
Hospitalización del Paciente	\$350 de copago + 20% de coseguro después del deducible	\$350 de copago + 30% 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

Cirugía Ambulatoria	20% de coseguro después del deducible	30% de coseguro después del deducible para instalaciones que no son PPO dentro de la municipalidad de Anchorage
Terapia Física y Ocupacional	20% de coseguro después del deducible	30% de coseguro después del deducible para instalaciones que no son PPO dentro de la municipalidad de Anchorage
Terapia del Habla	20% de coseguro después del deducible	30% de coseguro después del deducible para instalaciones que no son PPO dentro de la municipalidad de Anchorage
Medicamento por Infusión y Quimioterapia	20% de coseguro después del deducible	20% de coseguro después del deducible
Diálisis del Riñón	20% de coseguro después del deducible	20% de coseguro después del deducible
Radioterapia	20% de coseguro después del deducible	20% 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.

<b>Médico</b> (continuación)	<b>Gold Plan</b>	
QUÉ TIENE COBERTURA	LO QUE USTED PAGA— <b>Proveedor PPO/de la Coalición o Cualquier Proveedor fuera de Anchorage*</b>	LO QUE USTED PAGA— <b>Proveedor que no es PPO (No está en la Coalición) en Anchorage*</b>
<b>Servicios de Laboratorio e Imágenes</b>		
Servicios de Laboratorio y Radiología	20% de coseguro después del deducible	Fuera del hospital - 20% de coseguro después del deducible
Diagnóstico por Imágenes (CT, MRI, PET)	20% de coseguro después del deducible	En hospital - 30% de coseguro después del deducible para instalaciones que no son PPO dentro de la municipalidad de Anchorage
<b>Otro Tipo de Atención y Gastos</b>		
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)	20% de coseguro después del deducible	20% de coseguro después del deducible
Ortopedia de Podiatría	No hay cobro	No hay cobro
Equipo Médico Duradero	20% de coseguro después del deducible	20% de coseguro después del deducible
<b>Medicamentos con Receta</b>		
Genéricos	30% de coseguro (\$5 mínimo en farmacias comerciales; \$10 mínimo por correo)	
Medicamentos de Marca	30% 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	30% de coseguro (\$5 mínimo en farmacias comerciales; \$10 mínimo por correo)	
<b>Otros</b>		
Deducible Médico	\$250 por individuo/\$500 por familia para el Proveedor PPO/de la Coalición o Cualquier Proveedor fuera de Anchorage, \$500 por individuo/\$1,000 por familia para un Proveedor que no es PPO (no está en la Coalición) en la municipalidad de Anchorage	
<b>Límite de Gastos del Bolsillo para Proveedor PPO/de la Coalición o Cualquier Proveedor fuera de Anchorage</b> 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).	<b>Médico</b>	\$3,000 por individuo; \$6,000 por familia
<b>Límite de Gastos del Bolsillo para Proveedor que no es PPO (No está en la Coalición) en Anchorage</b>	<b>Médico</b>	\$8,750 por individuo \$16,500 por familia
<b>Límite de Gastos del Bolsillo para Medicamentos Recetados</b>		\$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

<b>Beneficio Máximo Por Persona</b> <i>Año calendario</i>	El plan paga hasta \$1,000
<b>Servicios Preventivos y de Diagnóstico</b>	El plan paga el 100% de los cargos acostumbrados y habituales
<b>Coseguro</b>	50%*
<b>Examen Oral Periódico</b>	No Hay Cobro*
<b>La Mayoría de Radiografías</b>	No Hay Cobro*
<b>Limpiezas Periódicas Regulares</b> (profilaxis para niño o adulto)	Hasta 2 en total por persona cada año
<b>Deducible por Año Calendario</b>	\$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
<b>Seguro de Vida</b>	\$20,000
<b>Seguro de Muerte</b> <b>Accidental y</b> <b>Desmembramiento</b>	

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:

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

***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**.