



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 1/1/2020)</small>	LO QUE USTED PAGA— Dentro de la Red	LO QUE USTED PAGA— Fuera de la Red
Visitas y Consultas		
Cuidado Preventivo	Copago de \$0	No tiene cobertura
Médico de Atención Primaria <small>(incluye todos los cuidados recibidos durante la visita)</small>	\$20	50%
Teladoc <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, Cuidados Urgentes y Servicios de Hospitalización		
Cuidados Urgentes	\$40	50%
Sala de Emergencias (ER) para Emergencias <small>(no aplica si es admitido(a))</small>	\$150	\$150
Sala de Emergencias (ER) para Atención de Rutina	50%	No tiene cobertura
Ambulancia Terrestre <small>(2 viajes al año)</small>	\$150/viaje	\$150/viaje
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 máximo 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 medicamento recetado	No tiene cobertura
Medicamentos de Marca Preferidos <i>en la lista aprobada</i>	\$30 copago por medicamento recetado	
Medicamentos Orales de Marca para Diabetes, Insulina y Suministros <i>en la lista aprobada</i>	\$15 copago por medicamento recetado	
Medicamentos Genéricos Especiales o Biosimilares <i>en la lista aprobada</i>	\$5 copago	
Medicamentos Especiales o Biosimilares de Marca <i>en la lista aprobada</i>	25% de coseguro	

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, Incapacidad de Corto Plazo, Vida y AD&D

Efectivo 1/1/2020

Dental y visión ofrecido como un paquete combinado

Dental Delta Dental PPO		
<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 \$2,000 <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	Copago de \$0	El plan paga hasta \$45
Armazones	Copago de \$25; el plan paga hasta \$175 por armazones	El plan paga hasta \$70
Lentes	20% de descuento en otros armazones que están arriba de lo permitido; \$20 de descuento adicionales en algunos armazones de marca	El plan paga hasta \$30-\$65, dependiendo del tipo de lentes
Lentes de Contacto Opcionales <i>En lugar de anteojos</i>	Contactos - copago de \$0; hasta \$50 para el examen; el plan paga hasta \$175	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. Si tiene preguntas acerca de su cobertura o sus beneficios específicos, contacte a su fondo de salud.

855-405-3863
www.uhh.org

Incapacidad de Corto Plazo	
<i>Sólo para empleados</i>	LO QUE PAGA EL PLAN
*Incapacidad de Corto Plazo <i>Accidente 1er día/ enfermedad 8vo día</i>	\$200-\$400/semana; 26 semanas máximo

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

*La cantidad del beneficio depende de su contrato de negociación colectiva.



Beneficios No Médicos



A simple vista

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

Efectivo 1/1/2020

Ofrecido como un paquete combinado

Dental DeltaCare (DHMO)		Visión VSP										
¡Elija un dentista de la red! Llame a Delta Dental: (800) 422-4234	LO QUE USTED PAGA	Beneficios disponibles cada 12 meses	LO QUE USTED PAGA									
			<table border="1"> <thead> <tr> <th>Red VSP</th> <th>Fuera de la Red</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Examen de la Vista</td> <td>El plan paga hasta \$45</td> </tr> <tr> <td>Armazones</td> <td>El plan paga hasta \$70</td> </tr> <tr> <td>Lentes</td> <td>El plan paga hasta \$30-\$65, dependiendo del tipo de lentes</td> </tr> <tr> <td>Lentes de Contacto</td> <td>El plan paga hasta \$120</td> </tr> </tbody> </table>	Red VSP	Fuera de la Red	Examen de la Vista	El plan paga hasta \$45	Armazones	El plan paga hasta \$70	Lentes	El plan paga hasta \$30-\$65, dependiendo del tipo de lentes	Lentes de Contacto
Red VSP	Fuera de la Red											
Examen de la Vista	El plan paga hasta \$45											
Armazones	El plan paga hasta \$70											
Lentes	El plan paga hasta \$30-\$65, dependiendo del tipo de lentes											
Lentes de Contacto	El plan paga hasta \$120											
Exámenes Orales de Rutina/Limpiezas	Copago de \$0	Examen de la Vista	Copago de \$0									
La Mayoría de Radiografías	Copago de \$0	Armazones	Copago de \$25; el plan paga hasta \$175 por armazones									
Rellenos Amalgama	Copago de \$0, dependiendo del número de superficies	Lentes	20% de descuento en otros armazones que están arriba de lo permitido; \$20 de descuento adicionales en algunos armazones de marca									
Coronas Un reemplazo por persona cada 5 años	Copago de \$70-\$195, dependiendo del tipo	Lentes de Contacto	Contactos – hasta \$50 para el examen; el plan paga hasta \$175									
Endodoncia	Copago de \$45-\$205, dependiendo del tipo											
Ortodoncia—Niño menor de 19 24 meses máximo	Copago total de \$1,700											
Cobertura únicamente para beneficios dentro de la red; no hay deducible; sin máximo para servicios que no sean de ortodoncia												

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

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

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



Hospitality Plan 185
Monterey Plan 175
Los Angeles Plan 178

Reglas de la Autorización Previa de acuerdo al lugar de servicio

Para autorización previa, por favor contacte a NEVADA HEALTH SOLUTIONS:

Teléfono: **855-487-0353** gratuito

Fax: **866-201-5601**

<https://www.nevadahealthsolutions.org>

Llame a UNITE HERE HEALTH al **855-405-3863** para verificar los beneficios y elegibilidad.

Se requiere autorización previa para:

En el consultorio

Todos los servicios de hematología/oncología

Tratamiento hiperbárico

Aparatos de prótesis y órtesis arriba de \$500

Servicios de radiología: CT/CTA, Discografía, Imágenes de Resonancia Magnética (MRI/MRA), Tomografías

Venas varicosas

Procedimientos TMJ y cirugía para corrección de la mandíbula

Terapia física, ocupacional y del habla

Estudios del sueño

Instalaciones para tratamiento de la enfermedad renal en etapa final

Diálisis

Servicios de infusión y salud en el hogar

Todos los servicios especializados en el hogar

Hospitalizaciones

Todas las hospitalizaciones (excepto partos vaginales de 2 días y partos por cesárea de 4 días)

Todas las hospitalizaciones en instalaciones de cuidado agudo de largo plazo, rehabilitación aguda, y enfermería especializada

Paciente ambulatorio en un hospital

Tratamiento hiperbárico

Servicios de radiología: CT/CTA, Discografía, Imágenes de Resonancia Magnética (MRI/MRA), Tomografías

Servicios de hematología/oncología

Diálisis

Continuación de Paciente ambulatorio en un hospital

Terapia física, ocupacional y del habla

Estudios del sueño

Todas las cirugías y los procedimientos de diagnóstico realizados en un área de cirugía
(excepto colonoscopías/sigmoidoscopías)**Centro de cirugías ambulatorias**Todas las cirugías o procedimientos ambulatorios **(excepto colonoscopías/sigmoidoscopías)****Servicios adicionales**

Todos los servicios de trasplantes (incluyendo las consultas)

Todos los exámenes genéticos

Todos los transportes por ambulancia aérea

Alimentos médicos para errores congénitos de metabolismo

Equipo Médico Duradero arriba de \$500 (ya sea rentado o comprado)

Todas las pruebas clínicas

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 **855-405-3863**.

AVISO SOLAMENTE:

Servicios de hospitalización y salud de comportamiento residente