



# LIBRO DE CO-PAGOS PARA GOLD PLUS



**HOSPITALITY PLAN**  
— UNITE HERE HEALTH —

711 N. Commons Drive  
Aurora, IL 60504

855-405-3863

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

Comenzando a partir del 1 de enero de 2021

Este libro muestra los copagos para los  
**beneficios Dentro de la Red.**

Para más información sobre los  
**beneficios Fuera de la Red, por favor revise  
su Descripción Resumida del Plan (SPD, por  
sus siglas en inglés) ó llame al 855-405-3863.**

La información en este Libro de Copagos está basada en el Documento del Plan. Sin embargo, en caso de haber un conflicto entre el Libro de Copagos y el Documento del Plan, **gobernará el Documento del Plan.**

# TABLA DE CONTENIDOS

<b>4</b>	<b>Servicios Preventivos</b>
<b>5</b>	<b>Servicios en el Consultorio Médico</b>
<b>6</b>	<b>Servicios en el Consultorio Médico (continuado)</b>
<b>7</b>	<b>Recetas Médicas Centro Quirúrgico Ambulatorio</b>
<b>8</b>	<b>Terapia en una Instalación de Pacientes Ambulatorios Servicios en un Centro Independiente</b>
<b>9</b>	<b>Servicios Hospitalarios para Pacientes ambulatorios</b>
<b>10</b>	<b>Servicios Hospitalarios para Pacientes ambulatorios (continuado) Ambulancia Sala de Emergencias en comparación a Urgent Care</b>
<b>11</b>	<b>Hospital Dentro de la Red (de internados) Salud Mental y Adicciones</b>
<b>12</b>	<b>Cuidado del Seno en un Centro Independiente Otros Servicios</b>
<b>13</b>	<b>Otros Servicios (continuado)</b>

Tipo de Atención	Servicios	Copago por Consulta	Coseguro	El Plan Paga	Beneficio Máximo	Otra Información
<p>El máximo de la cantidad anual que usted debe pagar de su bolsillo en copagos y coseguro es <b>\$2,000</b> por persona o <b>\$6,000</b> por familia para servicios médicos y <b>\$1,600</b> por persona o <b>\$3,200</b> por familia para servicios de recetas médicas. (Excluye copagos dentales)</p>						
<p><b>Servicios Preventivos</b></p>	<p>Inmunizaciones para adultos (apropiados para la edad) y menores (recién nacidos a 18 años)</p>	<p>\$0</p>	<p>Ningún coseguro</p>	<p>100% de los cobros permitidos</p>	<p>Ningún máximo en el beneficio</p>	<p>Para una lista completa de los servicios preventivos cubiertos bajo la Ley de Cuidados de Salud Asequibles visite <a href="http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations-by-date/">http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations-by-date/</a></p> <p>También puede contactar a Servicio al Cliente al 855-405-3863 si tiene preguntas.</p>
	<p>Exámenes para bebé/niño saludable (recién nacidos a 21 años)</p>					
	<p>Chequeo médico preventivo anual</p>					
	<p>Asesoría nutricional</p>					
	<p>Examen de osteoporosis (mujeres de 65 años o mayores)</p>					
	<p>Mamografía (mujeres de 35 años o mayores); 1 por año calendario  (mujeres menores de 35 años que tienen un alto riesgo de cáncer de seno); 1 por año calendario</p>					
	<p>Chequeo para mujer sana</p>					
	<p>Colonoscopia y sigmoidoscopia (de 50 a 74 años)</p>					

Tipo de Atención	Servicios	Copago por Consulta	Coseguro	El Plan Paga	Beneficio Máximo	Otra Información	
<b>Servicios en el Consultorio Médico</b>	Médico de cabecera	\$20	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después de dar su copago	Ningún máximo en el beneficio	Ninguna otra información.	
	Teladoc	\$15					
	Especialista	\$40					
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio		
	Inyección						
	Tratamiento vía intravenosa						
	Pulmonary treatment						
	Prueba pulmonar	\$20	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después de dar su copago	12 visitas por año		
	Quiropráctico						
	Centros urgent care (cuidados urgentes)						\$40
	Rayo-X/ultrasonido						\$20
	Radiología-CT, MRI, PET						\$150 por visita
Laboratorio	\$20	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después de dar su copago	Ningún máximo en el beneficio			

Tipo de Atención	Servicios	Copago por Consulta	Coseguro	El Plan Paga	Beneficio Máximo	Otra Información
<b>Servicios en el Consultorio Médico</b> (continuado)	Oftalmólogo/ optometrista (examen de la vista)	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	Cubierto bajo el plan de visión. La cobertura para lentes y armazones está anotada en la sección "Otros Servicios" de este libro.
	Quimioterapia	\$20	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Ningún máximo en el beneficio	Ninguna otra información.
	Radioterapia	\$0	20% de coseguro	80% de los cobros permitidos		
	Examen auditivo y del habla	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos		
	Prueba de alergias					
	Inmunoterapia para alergias					
	Cirugía en el consultorio médico					
	Estudios de conducción nerviosa					
	Manejo de diálisis					
	Todos los otros procedimientos en el consultorio					
	Estudios del sueño en el consultorio del doctor	\$0	20% de coseguro	80% de los cobros permitidos		

Tipo de Atención	Servicios	Copago por Consulta	Coseguro	El Plan Paga	Beneficio Máximo	Otra Información
<b>Recetas Médicas</b>	Medicamentos Genéricos de Nivel 1	\$5	Ningún coseguro	100% después del copago	Ningún máximo en el beneficio	Para obtener una lista completa de las farmacias comerciales incluidas en la Red, contacte a <b>Hospitality Rx al 844-813-3860.</b>
	Medicamentos de Marca de Nivel 2 <i>en la lista aprobada</i>	\$30	Ningún coseguro	100% después del copago	Ningún máximo en el beneficio	Para obtener una lista completa de las farmacias comerciales incluidas en la Red, contacte a <b>Hospitality Rx al 844-813-3860.</b> Pueden aplicar límites a las cantidades, requisitos de autorización previa y otros programas de contención de costos.
	Medicamentos Orales de Marca para la Diabetes, Insulina, y Suministros <i>en la lista aprobada</i>	\$15				
	Medicamentos Genéricos Especiales o Biosimilares <i>en la lista aprobada</i>	\$5	25% de los cobros permitidos	100% después del copago	Ningún máximo en el beneficio	Contacte a <b>Hospitality Rx al 844-813-3860.</b> Algunos servicios requieren autorización previa (aprobación).
	Medicamentos Especiales o Biosimilares de Marca <i>en la lista aprobada</i>	\$0	25% de los cobros permitidos	75% de los cobros permitidos		
<b>Centro Quirúrgico Ambulatorio</b>	Cirugía	\$150	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Ningún máximo en el beneficio	Ninguna otra información.

Tipo de Atención	Servicios	Copago por Consulta	Coseguro	El Plan Paga	Beneficio Máximo	Otra Información
<b>Terapia en una Instalación de Pacientes Ambulatorios</b> (No en un hospital)	Terapia física y ocupacional	\$20	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	60 visitas por año, combinadas	El máximo en las visitas aplica para cuidado dentro y fuera de la red.
	Terapia del habla	\$20	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	30 visitas por año	
<b>Servicios en un Centro Independiente</b> (No en un hospital)	Laboratorio	\$20	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Ningún máximo en el beneficio	Ninguna otra información.
	Rayo-X/ultrasonido					
	Estudio CT, MRI, MRA, PET	\$150				
	Diálisis	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	Algunos servicios requieren autorización previa (aprobación).
	Estudios del sueño	\$0	20% de coseguro	80% de los cobros permitidos		
	Rehabilitación cardíaca/pulmonar					
Mamografía	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	Ninguna otra información.	

Tipo de Atención	Servicios	Copago por Consulta	Coseguro	El Plan Paga	Beneficio Máximo	Otra Información
<b>Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios</b>	Laboratorio sólo para servicios hospitalarios preoperatorios o de diagnóstico	\$80	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Ningún máximo en el beneficio	Algunos servicios requieren autorización previa (aprobación).
	Rayo-X/ultrasonido	\$80				
	Estudio MRI, MRA, CT PET y combinación de PET/CT	\$250				
	Quimioterapia	\$0	20% de coseguro (máximo de \$200 por visita)	80% de los cobros permitidos y 100% de los cobros permitidos después de un máximo de \$200 por visita	Ningún máximo en el beneficio	Ninguna otra información.
	Diálisis	\$0	20% de coseguro (máximo de \$200 por visita)	80% de los cobros permitidos después de un máximo de \$200 por visita	Ningún máximo en el beneficio	Ninguna otra información.
	Terapia física y ocupacional	\$40	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	60 visitas por año, combinadas	El máximo en las visitas aplica para cuidado dentro y fuera de la red combinados. Algunos servicios requieren autorización previa (aprobación).
	Terapia del habla	\$40	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	30 visitas por año	
	Rehabilitación cardíaca/pulmonar	\$0	20% de coseguro	80% de los cobros permitidos	Se requiere revisión médica después de 26 visitas.	Algunos servicios requieren autorización previa (aprobación).

Tipo de Atención	Servicios	Copago por Consulta	Coseguro	El Plan Paga	Beneficio Máximo	Otra Información
<b>Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios</b> (continuado)	Cirugía para Pacientes Ambulatorios	\$250	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Ningún máximo en el beneficio	Algunos servicios requieren autorización previa (aprobación).
	Educación sobre la diabetes	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos		
	Estudio del sueño	\$0	20%	80% de los cobros permitidos		
	Otros servicios hospitalarios para pacientes externos	\$0	20%	80% de los cobros permitidos		
<b>Ambulancia</b>	Por tierra	\$150 por viaje	Ningún coseguro	100% después del copago	2 viajes por año	Ninguna otra información.
	Aérea					
<b>Sala de Emergencias en comparación a Urgent Care</b>	Sala de emergencias	\$150 por visita	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago, incluyendo todo servicio de la Sala de Emergencias que se cubra, además de análisis de laboratorio y rayos-x	Ningún máximo en el beneficio	<b>Consejo:</b> Por favor vaya a un <b>centro Urgent Care</b> por problemas que no sean de vida o muerte. <b>El copago se anula si es hospitalizado debido a cuidado en la sala de emergencias.</b>
	Sala de emergencias de un hospital para servicios de cuidado de rutina	\$0	50% de coseguro	50% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	Consejo: Por favor vaya a un centro urgent care por problemas que no sean de vida o muerte.
	Centros urgent care (cuidados urgentes)	\$40 por visita	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Ningún máximo en el beneficio	Ninguna otra información.

Tipo de Atención	Servicios	Copago por Consulta	Coseguro	El Plan Paga	Beneficio Máximo	Otra Información
<b>Hospital Dentro de la Red</b> (de internados)	Hospitalización	\$250 por día hasta un máximo de \$750	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Ningún máximo en el beneficio	Algunos servicios quizás requieran autorización previa.  <b>Consejo:</b> llame a UNITE HERE HEALTH al 855-405-3863 para <b>asegurarse que su hospital está dentro de la red BCBS.</b>
	Obstetricia					
	Centro de enfermería especializada	\$250 por día hasta un máximo de \$750	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Ningún copago después de una hospitalización de 30 días por año	
	Rehabilitación para pacientes internados	\$250 por día hasta un máximo de \$750	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Ningún máximo en el beneficio	
	Cirugía/anestesia	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos		
<b>Salud Mental y Adicciones</b>	Terapia para pacientes ambulatorios	\$40	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Ningún máximo en el beneficio	Algunos servicios quizás requieran autorización previa. Llame a UNITE HERE HEALTH al 855-405-3863.
	Pacientes internados	\$250 por día, hasta un máximo de \$750				
	Tratamiento en centro residencial					
	Internación parcial en hospital	\$40 por día, hasta un máximo de \$750 por episodio de cuidado				
	Programa intensivo para pacientes ambulatorios					

Tipo de Atención	Servicios	Copago por Consulta	Coseguro	El Plan Paga	Beneficio Máximo	Otra Información	
<b>Cuidado del Seno en un Centro Independiente*</b>	Preventivo (mamografía anual)	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	Ninguna otra información.	
	<b>Vistas adicionales - Mamografía</b>						
	Mamografía diagnóstica	\$20	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Ningún máximo en el beneficio		
	Ultrasonido del seno	\$20					
	Resonancia magnética del seno	\$150					
	Biopsia del seno guiada por aguja bajo un ultrasonido	\$150					
	*Biopsia del seno guiada por aguja bajo un ultrasonido cuando se hace en el consultorio del doctor	\$150					
	Biopsia del seno guiada por aguja bajo una tomografía	\$150					
<b>Otros Servicios</b>	Cuidado domiciliario	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos	Beneficio máximo de 30 días por año de calendario	El máximo en el límite de las visitas aplica para cuidado dentro y fuera de la red, combinado.	
	Terapia de infusión a domicilio	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	Ninguna otra información.	
	Centro para enfermos terminales						

Tipo de Atención	Servicios	Copago por Consulta	Coseguro	El Plan Paga	Beneficio Máximo	Otra Información
<b>Otros Servicios</b> (continuado)	Calzado para diabéticos	\$0	25% de coseguro	75% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	Ninguna otra información.
	Sostenes postmastectomía	\$0	25% de coseguro	75% de los cobros permitidos	6 por año	
	Medias de compresión	\$0	25% de coseguro	75% de los cobros permitidos	Beneficio máximo de 12 pares por año	Las medias de compresión hechas a la medida requieren autorización previa (aprobación), si el costo es arriba de \$500.
	Plantillas ortopédicas	\$0 por par	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos	\$500 máximo por persona cada 24 meses	No hay beneficio fuera de la red.
	Equipo médico duradero y suministros médicos	\$0	25% de los cobros permitidos	75% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	Autorización Previa (aprobación) se requiere para artículos de más de \$500.
	Alimentos Médicos	\$0	Ningún coseguro	Reembolso del 100%	Ningún máximo en el beneficio	Mismo beneficio para los servicios fuera de la red. Se requiere revisión médica.
	Aparatos prostéticos y ortopédicos	\$0	20% de los cobros permitidos	80% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	Autorización Previa (aprobación) se requiere, si es mayor de \$500.
	Anteojos y armazones	\$25	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago un máximo de \$175 aplicará a los armazones	Cada 12 meses	Cubierto bajo el plan de visión.
	Lentes de contacto (en lugar de lentes regulares)	Hasta \$50 por examen	Ningún coseguro	\$175 máximo permitido	Cada 12 meses	



# HOSPITALITY PLAN

— UNITE HERE HEALTH —

711 N. Commons Drive  
Aurora, IL 60504  
855-405-3863  
[www.uhh.org/hospitality](http://www.uhh.org/hospitality)



Septiembre de 2020