



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	Silver Plus	
QUÉ TIENE COBERTURA <small>(efectivo 1/1/2022)</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 <i>(incluye todos los cuidados recibidos durante la visita)</i>	\$25	50% después del deducible
Teladoc <i>(telemedicina)</i>	\$0	No tiene cobertura
Especialista <i>(todos los cuidados recibidos durante la visita)</i>	\$50	50% después del deducible
Salud Mental/Abuso de Sustancias	\$25	50% después del deducible
Servicios Quiroprácticos <i>(12 visitas al año)</i>	\$25	No tiene cobertura
Educación Sobre la Diabetes	\$0	No tiene cobertura

Emergencias, Cuidados Urgentes y Servicios de Hospitalización

Cuidados Urgentes	\$50	50% después del deducible
Sala de Emergencias (ER) para Emergencias	\$200 <i>(no se requiere si es admitido)</i>	\$200 <i>(no se requiere si es admitido)</i>
Sala de Emergencias (ER) para Atención de Rutina	50% después del deducible	No tiene cobertura
Ambulancia Terrestre <i>(2 viajes al año)</i>	30% después del deducible	30% después del deducible
Hospitalización del Paciente	30% después del deducible	50% después del deducible
Instalaciones de Enfermería Especializada <i>(30 días al año)</i>	30% después del deducible <i>(menos cualquier copago por estadía en el hospital)</i>	50% después del deducible

Servicios Ambulatorios

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

Médico (continuación)	Silver 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>	\$25 en clínica o laboratorio que no sea en el hospital	50% después del deducible
	\$100 paciente ambulatorio de hospital	
Diagnóstico por Imágenes (CT, MRI, PET)	\$175 en clínica o instalaciones no hospitalarias	
	\$300 para paciente ambulatorio de hospital	

Otro Tipo de Atención y Gastos

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

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>	Copago de \$5	
Medicamentos Especiales o Biosimilares de Marca <i>en la lista aprobada</i>	25% de coseguro	

Otros

Deducible Médico	\$750 individual; \$1,500 familia	
Límite de Gastos de su Bolsillo Dentro de la Red 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	\$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 1/1/2022

Dental y visión ofrecido como un paquete combinado

Dental Delta Dental PPO		
Efectivo enero 1, 2022	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		
Beneficios disponibles cada 12 meses	LO QUE USTED PAGA	
	Red VSP	Fuera de la Red
Examen de la Vista	Copago de \$0	Copago de \$0; el plan paga hasta \$45
Armazones	Copago de \$25; el plan paga hasta \$175 por armazones	Copago de \$25; el plan paga hasta \$70
Lentes		Copago de \$25; 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; el plan paga hasta \$175; copago para el ajuste y evaluación de hasta \$50	El plan paga hasta \$120 por lentes de contacto, ajuste 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	
Sólo para empleados	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	
Sólo para empleados	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 1/1/2022

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>Copago de \$0</td> <td>Copago de \$0; el plan paga hasta \$45</td> </tr> <tr> <td>Armazones</td> <td rowspan="2">Copago de \$25; el plan paga hasta \$175 por armazones</td> <td>Copago de \$25; el plan paga hasta \$70</td> </tr> <tr> <td>Lentes</td> <td>Copago de \$25; el plan paga hasta \$30-\$65, dependiendo del tipo de lentes</td> </tr> <tr> <td>Lentes de Contacto <i>En lugar de anteojos</i></td> <td>Contactos – copago de \$0; el plan paga hasta \$175; copago para el ajuste y evaluación de hasta \$50</td> <td>El plan paga hasta \$120 por lentes de contacto, ajuste y evaluación</td> </tr> </tbody> </table>	Red VSP	Fuera de la Red	Examen de la Vista	Copago de \$0	Copago de \$0; el plan paga hasta \$45	Armazones	Copago de \$25; el plan paga hasta \$175 por armazones	Copago de \$25; el plan paga hasta \$70	Lentes	Copago de \$25; el plan paga hasta \$30-\$65, dependiendo del tipo de lentes	Lentes de Contacto <i>En lugar de anteojos</i>	Contactos – copago de \$0; el plan paga hasta \$175; copago para el ajuste y evaluación de hasta \$50
Red VSP	Fuera de la Red														
Examen de la Vista	Copago de \$0	Copago de \$0; el plan paga hasta \$45													
Armazones	Copago de \$25; el plan paga hasta \$175 por armazones	Copago de \$25; el plan paga hasta \$70													
Lentes		Copago de \$25; el plan paga hasta \$30-\$65, dependiendo del tipo de lentes													
Lentes de Contacto <i>En lugar de anteojos</i>	Contactos – copago de \$0; el plan paga hasta \$175; copago para el ajuste y evaluación de hasta \$50	El plan paga hasta \$120 por lentes de contacto, ajuste y evaluación													
Exámenes Orales de Rutina/Limpiezas	Copago de \$0														
La Mayoría de Radiografías	Copago de \$0														
Rellenos Amalgama	Copago de \$0														
Coronas <i>Un reemplazo por persona cada 5 años</i>	Copago de \$35–\$195, dependiendo del tipo														
Endodoncia	Copago de \$45–\$220, dependiendo del tipo														
Ortodoncia <i>24 meses máximo</i>	Copago de \$1700 para niños menores de 19 años Copago de \$1900 para adultos mayores de 19 años														
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 <i>Accidente 1er día/ enfermedad 8vo día</i>	\$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 (CBA, por sus siglas en inglés, Contrato con la Unión) y sus elecciones de inscripción.

Toda la información en este documento titulado Beneficios a Simple Vista está basada en el Documento del Plan. Sin embargo, en caso de un conflicto entre este documento y el Documento del Plan, el Documento del Plan regirá. Si tiene preguntas acerca de su cobertura o sus beneficios específicos, comuníquese con su fondo de salud.

855-405-3863
www.uhh.org



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 servicios de salud de comportamiento para pacientes hospitalizados y residenciales, 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