



LIBRO DE CO-PAGOS PARA SILVER PLUS



HOSPITALITY PLAN
— UNITE HERE HEALTH —

711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504

855-405-3863

www.uhh.org/hospitality

Comenzando a partir del 1 de enero de 2020

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

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

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 <u>deducible</u>, copagos y coseguro es \$2,000 por persona o \$6,000 por familia para servicios médicos y \$1,600 por persona o \$3,200 por familia para servicios de recetas médicas. (Excluye copagos dentales). El deducible anual de \$750 por persona y \$1,500 por familia es la cantidad que usted debe pagar antes de que su plan de salud pague por ciertos servicios. El deducible no aplica a los servicios con Copagos, tales como las citas con el doctor o en la farmacia.</p>						
Servicios Preventivos	Imunizaciones para adultos (Apropiados para la edad) y menores (Recién nacidos a 18 años)	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	<p>Para una lista completa de los servicios preventivos cubiertos bajo la Ley de Cuidados de Salud Asequibles visite http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations-by-date/</p> <p>También puede contactar a Servicio al Cliente al 855-405-FUND (3863) si tiene preguntas.</p>
	Exámenes para Bebé/ Niño Saludable (Recién nacidos a 21 años)					
	Chequeo Médico Preventivo Anual					
	Asesoría Nutricional					
	Examen de Osteoporosis (Mujeres de 65 años o mayores)					
	Mamografía (Mujeres de 40 años o mayores); cada 1-2 años					
	Chequeo para Mujer Sana					
	Colonoscopia y Sigmoidoscopia (De 50 a 74 años)					

Tipo de Atención	Servicios	Copago por Consulta	Coseguro	El Plan Paga	Beneficio Máximo	Otra Información
Servicios en el Consultorio Médico	Médico de Cabecera	\$25	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después de dar su copago	Ningún máximo en el beneficio	Ninguna otra información.
	Teladoc	\$15				
	Especialista	\$50				
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	Ninguna otra información.
	Inyección					
	Tratamiento Vía Intravenosa					
	Pulmonary Treatment					
	Prueba Pulmonar					
	Quiropráctico	\$25	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después de dar su copago	12 visitas por año	No hay beneficios fuera de la red.
	Centros Urgent Care (Cuidados Urgentes)	\$50	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después de dar su copago	Ningún máximo en el beneficio	Ninguna otra información.
	Rayo-X/Ultrasonido	\$25				
	Radiología - CT, MRI, PET	\$175 por visita				
	Laboratorio	\$25				

Tipo de Atención	Servicios	Copago por Consulta	Coseguro	El Plan Paga	Beneficio Máximo	Otra Información
Servicios en el Consultorio Médico (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	\$25	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Ningún máximo en el beneficio	Ninguna otra información.
	Radioterapia	\$0	30% después del deducible	70% de los cobros permitidos después del deducible		
	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 Dialisis	\$0	30% después del deducible	70% de los cobros permitidos después del deducible		
	Todos los otros procedimientos en el consultorio					
	Estudios del sueño en el consultorio del doctor	\$0	30% después del deducible	70% de los cobros permitidos después del deducible		

Tipo de Atención	Servicios	Copago por Consulta	Coseguro	El Plan Paga	Beneficio Máximo	Otra Información
Recetas Médicas	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 Hospitality Rx al 1-855-405-FUND (3863).
	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 Hospitality Rx al 1-855-405-FUND (3863). 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	Ningún coseguro	100% después del copago	Ningún máximo en el beneficio	Contacte a Hospitality Rx al 844-813-3860. 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		
Centro Quirúrgico Ambulatorio	Cirugía	\$0	20% después del deducible	80% de los cobros permitidos después del deducible	Ningún máximo en el beneficio	Ninguna otra información.

Tipo de Atención	Servicios	Copago por Consulta	Coseguro	El Plan Paga	Beneficio Máximo	Otra Información
Terapia en una Instalación de Pacientes Ambulatorios (No en un hospital)	Terapia Física y Terapia Ocupacional	\$30	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	\$30	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	30 visitas por año	
Servicios en un Centro Independiente (No en un hospital)	Laboratorio	\$25	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	\$175				
	Diálisis	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	Algunos servicios requieren autorización previa (aprobación).
	Estudios del Sueño	\$0	30% después del deducible	70% de los cobros permitidos después del deducible	Ningún máximo en el beneficio	
	Rehabilitación Cardíaca/Pulmonar	\$0	30% después del deducible	70% de los cobros permitidos después del deducible	Límite anual de 30 visitas	
	Mamografía	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	Ninguna otra información.
	Colonoscopia Diagnóstica (para personas elegibles hasta 75 años de edad)					

Tipo de Atención	Servicios	Copago por Consulta	Coseguro	El Plan Paga	Beneficio Máximo	Otra Información
Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios	Laboratorio sólo para servicios hospitalarios Preoperatorios o de Diagnostico	\$100	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Ningún máximo en el beneficio	Algunos servicios requieren autorización previa (aprobación).
	Rayo-X/Ultrasonido	\$100				
	Estudio MRI, MRA, CT PET y combinación de PET/CT	\$300				
	Quimioterapia	\$0	30% no deducible (\$250 máximo por visita)	70% de los cobros permitidos, y 100% de los cobros permitidos después de un máximo de \$250 por visita	Ningún máximo en el beneficio	Ninguna otra información.
	Diálisis	\$0	30% no deducible (\$250 máximo por visita)		Ningún máximo en el beneficio	Algunos servicios requieren autorización previa (aprobación).
	Terapia Física y Ocupacional	\$60	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	60 visitas por año, combinadas	El límite máximo de las visitas aplica para cuidado dentro y fuera de la red combinados.
	Terapia del Habla (después del alta de una admisión en el hospital)	\$60	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	30 visitas por año	Algunos servicios requieren autorización previa (aprobación).
	Rehabilitación Cardíaca/ Pulmonar (después del alta de una admisión en el hospital)	\$0	30% después del deducible	70% de los cobros permitidos después del deducible	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
Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios (continuado)	Cirugía para Pacientes Ambulatorios	\$0	30% después del deducible	70% de los cobros permitidos después del deducible	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	30% después del deducible	70% de los cobros permitidos después del deducible		
	Otros servicios hospitalarios para pacientes externos					
Ambulancia	Por Tierra	\$0	30% después del deducible	70% de los cobros permitidos después del deducible	2 viajes por año	Ninguna otra información.
	Aérea	\$0	20% después del deducible	80% de los cobros permitidos después del deducible		
Sala de Emergencias en comparación a Urgent Care	Sala de Emergencias	\$200 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	Consejo: Por favor vaya a un centro Urgent Care por problemas que no sean de vida o muerte. El copago se anula si es hospitalizado debido a cuidado en la sala de emergencias.
	Sala de Emergencias de un Hospital para Servicios de cuidado de rutina	\$0	50% después del deducible	50% de los cobros permitidos después del deducible	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)	\$50 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
Hospital Dentro de la Red (de internados)	Hospitalización	\$0	30% después del deducible	70% de los cobros permitidos después del deducible	Ningún máximo en el beneficio	Algunos servicios quizás requieran autorización previa. Consejo: llame a su fondo de salud al 855-405-FUND (3863) para asegurarse que su hospital está dentro de la red BCBS.
	Obstetricia					
	Centro de Enfermería Especializada	\$0	30% después del deducible	70% de los cobros permitidos después del deducible	30 días por año	
	Rehabilitación para Pacientes Internados					
Cirugía/ Anestesia	\$0	30% después del deducible	70% de los cobros permitidos después del deducible	Ningún máximo en el beneficio		
Salud Mental y Adicciones	Terapia para Pacientes Ambulatorios	\$25	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Ningún máximo en el beneficio	Algunos servicios quizás requieran autorización previa. Llame a su fondo de salud al 855-405-FUND (3863).
	Pacientes Internados	\$0	30% después del deducible	70% de los cobros permitidos después del deducible		
	Tratamiento en Centro Residencial					
	Internación Parcial en Hospital	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos		
	Programa Intensivo para Pacientes Ambulatorios					

Tipo de Atención	Servicios	Copago por Consulta	Coseguro	El Plan Paga	Beneficio Máximo	Otra Información	
Cuidado del Seno en un Centro Independiente*	Preventivo (mamografía anual)	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	Ninguna otra información.	
	Vistas adicionales - Mamografía						
	Mamografía diagnóstica	\$25	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Ningún máximo en el beneficio		
	Ultrasonido del seno	\$25					
	Resonancia Magnética del seno	\$175					
	Biopsia del seno guiada por aguja bajo un ultrasonido	\$0	20% después del deducible	80% de los cobros permitidos después del deducible			
	*Biopsia del seno guiada por aguja bajo un ultrasonido cuando se hace en el consultorio del doctor	\$0					
Biopsia del seno guiada por aguja bajo una tomografía	\$0						
Otros Servicios	Cuidado Domiciliario	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos		Beneficio máximo de 30 visitas 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
Otros Servicios (continuado)	Calzado para Diabéticos	\$0	25% después del deducible	75% de los cobros permitidos después del deducible	Ningún máximo en el beneficio	Ninguna otra información.
	Sostenes Postmastectomía	\$0	25% después del deducible	75% de los cobros permitidos después del deducible	6 por año	
	Productos para Diabéticos	\$0	30% de coseguro	70% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	
	Medias de Compresión	\$0	25% después del deducible	75% de los cobros permitidos después del deducible	12 pares por año	Requieren autorización previa (aprobación), si el costo es arriba de \$500.
	Plantillas Ortopédicas	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	\$500 cada 24 meses	No hay beneficio fuera de la red.
	Equipo Médico Duradero y Suministros Médicos	\$0	25% después del deducible	75% de los cobros permitidos después del deducible	Ningún máximo en el beneficio	Autorización Previa (aprobación) se requiere para artículos de más de \$500.
	Alimentos Médicos	\$0	30% después del deducible	70% después del deducible	Ningún máximo en el beneficio	Mismo beneficio para los servicios fuera de la red. Se requiere revisión médica.
	Aparatos Prostéticos y Ortopédicos	\$0	30% después del deducible	70% de los cobros permitidos después del deducible	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	



711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504
855-405-3863
www.uhh.org/hospitality



September 2019