 The Summary of Benefits and Coverage (SBC) document will help you choose a health [plan](#). The SBC shows you how you and the [plan](#) would share the cost for covered health care services. NOTE: Information about the cost of this [plan](#) (called the [premium](#)) will be provided separately. This is only a summary. For more information about your coverage, or to get a copy of the complete terms of coverage, go to www.uhh.org or call 1-855-405-FUND (3863). For general definitions of common terms, such as [allowed amount](#), [balance billing](#), [coinsurance](#), [copayment](#), [deductible](#), [provider](#), or other underlined terms see the Glossary. You can view the Glossary at www.cciio.cms.gov or call 1-855-405-FUND (3863) to request a copy.

Important Questions	Answers	Why This Matters:
What is the overall deductible?	\$750/individual or \$1,500/family	Generally, you must pay all of the costs from providers up to the deductible amount before this plan begins to pay. If you have other family members on the plan , each family member must meet their own individual deductible until the total amount of deductible expenses paid by all family members meets the overall family deductible .
Are there services covered before you meet your deductible?	Yes. Emergency treatment in an emergency room, network services the plan covers at 100% or for which you pay a copayment , and prescription drugs are covered before you meet your deductible.	This plan covers some items and services even if you haven't yet met the deductible amount. But a copayment or coinsurance may apply. For example, this plan covers certain preventive services without cost-sharing and before you meet your deductible . See a list of covered preventive services at https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
Are there other deductibles for specific services?	No.	You don't have to meet deductibles for specific services.
What is the out-of-pocket limit for this plan?	Medical limit: \$2,000 individual / \$6,000 family Prescription drug limit: \$1,600 individual / \$3,200 family.	The out-of-pocket limit is the most you could pay in a year for covered services. If you have other family members in this plan , they have to meet their own out-of-pocket limits until the overall family out-of-pocket limit has been met.
What is not included in the out-of-pocket limit?	Premiums , balance-billing charges, health care this plan doesn't cover, non-network expenses, and penalties for failure to obtain prior authorization for services.	Even though you pay these expenses, they don't count toward the out-of-pocket limit .
Will you pay less if you use a network provider?	Yes. See www.bcbsil.com or call 1-800-810-2583 for a list of network providers .	This plan uses a provider network . You will pay less if you use a provider in the plan's network . You will pay the most if you use an out-of-network provider , and you might receive a bill from a provider for the difference between the provider's charge and what your plan pays (balance billing). Be aware, your network provider might use an out-of-network provider for some services (such as lab work). Check with your provider before you get services.
Do you need a referral to see a specialist?	No.	You can see the specialist you choose without a referral.



All [copayment](#) and [coinsurance](#) costs shown in this chart are after your [deductible](#) has been met, if a [deductible](#) applies.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Network Provider (You will pay the least)	Non-Network Provider (You will pay the most)	
If you visit a health care provider's office or clinic	Primary care visit to treat an injury or illness	\$25 copay /visit; Deductible does not apply	50% coinsurance	You pay \$15 copay for Teladoc (telehealth) visit
	Specialist visit	\$50 copay /visit; Deductible does not apply	50% coinsurance	You pay \$15 copay for Teladoc (telehealth) visit
	Preventive care/screening/immunization	No charge; Deductible does not apply	Not covered	You may have to pay for services that aren't preventive . Ask your provider if the services needed are preventive. Then check what your plan will pay for. Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed.
If you have a test	Diagnostic test (x-ray, blood work)	\$25 copay /visit (non-hospital); \$100 copay /visit (hospital); Deductible does not apply	50% coinsurance	Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed.
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	\$175 copay /visit (non-hospital); \$300 copay /visit (hospital); Deductible does not apply	50% coinsurance	Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed.
If you need drugs to treat your illness or condition More information about prescription drug coverage is available at www.caremark.com	Generic Drugs	\$5 copay /prescription (retail and mail order); Deductible does not apply	Not covered	No charge for certain preventive care drugs and supplies. Specialty drugs must be obtained through the specialty mail order pharmacy. Coverage limited to drugs on the formulary , unless formulary exception is approved. Quantity limits, prior authorization requirements, and other cost-containment programs may apply. *See section prescription drug benefits.
	Brand Name Drugs	\$30 copay / prescription (retail and mail order); Deductible does not apply	Not covered	
	Brand Name Diabetes oral medications, insulin and supplies	\$15 copay /prescription (retail and mail order); Deductible does not apply	Not covered	
	Select Specialty Drugs and Select Biosimilars	Generic: \$5 copay /prescription (retail and mail order); Deductible does not apply Brand: 25% coinsurance , Deductible does not apply	Not covered	

* For more information about limitations and exceptions, see the plan or policy document at www.uhh.org.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Network Provider (You will pay the least)	Non-Network Provider (You will pay the most)	
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	20% coinsurance (ambulatory surgery center); 30% coinsurance (hospital)	50% coinsurance	Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed.
	Physician/surgeon fees			
If you need immediate medical attention	Emergency room care	\$200 copay /visit; Deductible does not apply	\$200 copay /visit; Deductible does not apply	Copay waived if admitted. No coverage for non-emergency care in a non-network emergency room. Network care that could be provided during routine office/ urgent care visit covered at 50% coinsurance .
	Emergency medical transportation	30% coinsurance (ground); 20% coinsurance (air)	30% coinsurance (ground); 20% coinsurance (air)	Coverage for ground ambulance limited to 2 trips/year. Benefits for air ambulance may be denied if the prior authorization program is not followed.
	Urgent care	\$50 copay /visit; Deductible does not apply	50% coinsurance	None
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	30% coinsurance	50% coinsurance	Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed.
	Physician/surgeon fees			
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	\$25 copay /office visit; No charge for other outpatient services; Deductible does not apply	50% coinsurance	None
	Inpatient services	30% coinsurance	50% coinsurance	None
If you are pregnant	Office visits	\$25 copay /visit; Deductible does not apply	50% coinsurance	No coverage provided for pregnancy of a dependent child other than preventive care. Inpatient benefits may be denied if the prior authorization program is not followed. Cost sharing does not apply to certain preventive services . Depending on the type of services, a copayment or coinsurance may apply. Maternity care may include tests and services described elsewhere in the SBC (i.e. ultrasound).
	Childbirth/delivery professional services	30% coinsurance	50% coinsurance	
	Childbirth/delivery facility services			

* For more information about limitations and exceptions, see the plan or policy document at www.uhh.org.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Network Provider (You will pay the least)	Non-Network Provider (You will pay the most)	
If you need help recovering or have other special health needs	Home health care	No charge	50% coinsurance	Coverage limited to 30 visits/year. Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed.
	Rehabilitation services	\$30 copay /visit (non-hospital); \$60 copay /visit (hospital); Deductible does not apply	50% coinsurance	Coverage for speech therapy limited to 30 visits/year. Coverage for physical/occupational therapy limited to 60 visits/year.
	Habilitation services			
	Skilled nursing care	30% coinsurance	50% coinsurance	Coverage limited to 30 days/year. Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed.
	Durable medical equipment	25% coinsurance	Not covered	Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed.
	Hospice services	No charge; Deductible does not apply	50% coinsurance	Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed.
If your child needs dental or eye care	Children's eye exam	Not covered	Not covered	Vision benefits may be provided separately.
	Children's glasses			
	Children's dental check-up	Not covered	Not covered	Dental benefits may be provided separately.

Excluded Services & Other Covered Services:

Services Your [Plan](#) Generally Does NOT Cover (Check your policy or plan document for more information and a list of any other [excluded services](#).)

- Acupuncture
- Bariatric surgery (unless [medically necessary](#))
- Cosmetic surgery
- Dental care (Adult) (may be provided separately)
- Dental care (Child) (may be provided separately)
- Hearing aids
- Infertility treatment
- Long-term care
- Non-emergency care when traveling outside the U.S.
- Private-duty nursing
- Routine eye care (Adult) (may be provided separately)
- Routine eye care (Child) (may be provided separately)
- Routine foot care
- Weight loss programs (unless for treatment of morbid obesity under direct supervision of a healthcare professional)

Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list. Please see your [plan](#) document.)

- Chiropractic Care (limited to [network providers](#) and 12 visits/year)

Your Rights to Continue Coverage: There are agencies that can help if you want to continue your coverage after it ends. The contact information for those agencies is: U.S Department of Labor, Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform and Department of Health and Human Services, Center for Consumer Information and Insurance Oversight, at 1-877-267-2323 x61565 or www.cciio.cms.gov. Other coverage options may be available to you too, including buying individual insurance coverage through the Health Insurance [Marketplace](#). For more information about the [Marketplace](#), visit www.HealthCare.gov or call 1-800-318-2596.

Your Grievance and Appeals Rights: There are agencies that can help if you have a complaint against your [plan](#) for a denial of a [claim](#). This complaint is called a [grievance](#) or [appeal](#). For more information about your rights, look at the explanation of benefits you will receive for that medical [claim](#). Your [plan](#) documents also provide complete information to submit a [claim](#), [appeal](#), or a [grievance](#) for any reason to your [plan](#). For more information about your rights, this notice, or assistance, contact: UNITE HERE HEALTH at 1-855-405-FUND (3863), or the U.S Department of Labor, Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-3372 or www.dol.gov/ebsa/healthreform. You may also contact the Trust Administration Office at 1-800-331-6158.

Does this plan provide Minimum Essential Coverage? Yes

If you don't have [Minimum Essential Coverage](#) for a month, you'll have to make a payment when you file your tax return unless you qualify for an exemption from the requirement that you have health coverage for that month.

Does this plan meet the Minimum Value Standards? Yes

If your [plan](#) doesn't meet the [Minimum Value Standards](#), you may be eligible for a [premium tax credit](#) to help you pay for a [plan](#) through the [Marketplace](#).

Language Access Services:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-855-405-FUND (3863).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-855-405-FUND (3863).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-855-405-FUND (3863).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-855-405-FUND (3863).

————— *To see examples of how this plan might cover costs for a sample medical situation, see the next section.* —————


About these Coverage Examples:



This is not a cost estimator. Treatments shown are just examples of how this [plan](#) might cover medical care. Your actual costs will be different depending on the actual care you receive, the prices your [providers](#) charge, and many other factors. Focus on the [cost sharing](#) amounts ([deductibles](#), [copayments](#) and [coinsurance](#)) and excluded services under the [plan](#). Use this information to compare the portion of costs you might pay under different health [plans](#). Please note these coverage examples are based on self-only coverage.

Peg is Having a Baby (9 months of in-network pre-natal care and a hospital delivery)		Managing Joe's type 2 Diabetes (a year of routine in-network care of a well-controlled condition)		Mia's Simple Fracture (in-network emergency room visit and follow up care)	
■ The plan's overall deductible	\$750	■ The plan's overall deductible	\$750	■ The plan's overall deductible	\$750
■ Specialist copayment	\$50	■ Specialist copayment	\$50	■ Specialist copayment	\$50
■ Hospital (facility) coinsurance	30%	■ Hospital (facility) coinsurance	30%	■ Hospital (facility) copayment	\$200
■ Other coinsurance	30%	■ Other coinsurance	30%	■ Other coinsurance	30%
This EXAMPLE event includes services like: Specialist office visits (<i>prenatal care</i>) Childbirth/Delivery Professional Services Childbirth/Delivery Facility Services Diagnostic tests (<i>ultrasounds and blood work</i>) Specialist visit (<i>anesthesia</i>)		This EXAMPLE event includes services like: Specialist office visits (<i>prenatal care</i>) Childbirth/Delivery Professional Services Childbirth/Delivery Facility Services Diagnostic tests (<i>ultrasounds and blood work</i>) Specialist visit (<i>anesthesia</i>)		This EXAMPLE event includes services like: Specialist office visits (<i>prenatal care</i>) Childbirth/Delivery Professional Services Childbirth/Delivery Facility Services Diagnostic tests (<i>ultrasounds and blood work</i>) Specialist visit (<i>anesthesia</i>)	
Total Example Cost	\$12,700	Total Example Cost	\$7,400	Total Example Cost	\$1,900
In this example, Peg would pay: <i>Cost Sharing</i>		In this example, Joe would pay: <i>Cost Sharing</i>		In this example, Mia would pay: <i>Cost Sharing</i>	
Deductibles	\$750	Deductibles	\$0	Deductibles	\$600
Copayments	\$70	Copayments	\$1,000	Copayments	\$400
Coinsurance	\$1,200	Coinsurance	\$0	Coinsurance	\$0
<i>What isn't covered</i>		<i>What isn't covered</i>		<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$60	Limits or exclusions	\$100	Limits or exclusions	\$0
The total Peg would pay is	\$2,080	The total Joe would pay is	\$1,100	The total Mia would pay is	\$1,000

The [plan](#) would be responsible for the other costs of these EXAMPLE covered services.

 El Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, vaya a www.uhh.org o llame a 1-855-405-FUND (3863). Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otros términos [delineados](#) consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en www.cciio.cms.gov o llamar a 1-855-405-FUND (3863) para solicitar una copia.

Preguntas Importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el deducible general?	\$750/persona ó \$1,500/familia	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los proveedores hasta el deducible antes de que este plan comience a pagar. Si usted tiene otros miembros de la familia en el plan , cada miembro de la familia debe cumplir con su propio deducible individual, hasta que el monto total de gastos de deducible pagados por todos los miembros de la familia cumpla con el deducible total por familia.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	Sí. El tratamiento de emergencia en una sala de emergencias, los servicios dentro de la red que el plan cubre al 100% o para los cuales usted paga un copago , y medicamentos con receta están cubiertos antes de cumplir con su deducible .	Este plan cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del deducible . Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que cumpla con su deducible . Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	No tiene que pagar un deducible por servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan ?	Límite médico: \$2,000 por persona / \$6,000 por familia Límite de medicamentos recetados: \$1,600 por persona / \$3,200 por familia	El límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en este plan , tienen que cumplir con sus propios límites de gastos directo del bolsillo hasta que se cumpla el límite de gastos directo del bolsillo total por familia.
¿Qué no incluye el desembolso máximo ?	Primas , cargos por facturación del saldo , los cuidados de salud que este plan no cubre, atención de proveedores fuera de la red , y las penalizaciones por obtener cuidados sin autorización previa .	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos directos del bolsillo .

¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red medica?	Sí. Vea www.bcbsil.com o llame al 1-800-810-2583 para una lista de proveedores dentro de la red .	Este plan usa una red de proveedores. Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan. Usted pagará más si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista ?	No.	Puede acudir al especialista de su preferencia sin un referido .



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$25 de copago /visita; Deducible no se aplica	50% de coseguro	Usted paga \$15 de copago por una consulta con Teladoc (telemedicina).
	Visita al especialista	\$50 de copago /visita; Deducible no se aplica	50% de coseguro	Usted paga \$15 de copago por una consulta con Teladoc (telemedicina).
	Atención preventiva/examen colectivo/vacuna	Sin cargo; Deducible no se aplica	No tiene cobertura	Es posible que usted tenga que pagar por servicios que no sean preventivos . Pregunte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego compruebe lo que su plan pagará por el servicio. Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa .
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	\$25 de copago /visita (no hospitalaria); \$100 copago /visita (hospital); Deducible no se aplica	50% de coseguro	Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa .
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	\$175 de copago /visita (no hospitalaria); \$300 de copago /visita (hospital); Deducible no se aplica	50% de coseguro	Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa .

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.caremark.com	Medicamentos genéricos	\$5 de copago /por medicamento recetado (venta comercial y pedidos por correo); Deducible no se aplica	No tiene cobertura	No hay cobro por ciertos medicamentos de atención preventiva y suministros. Los medicamentos especializados deben ser obtenidos a través de la farmacia especializada de pedidos por correo. Cobertura limitada a medicamentos en el formulario , a menos que una excepción del formulario sea aprobada. Límites de cantidad, requisitos de autorización previa y otros programas de contención de costos pueden aplicar. *Vea la sección de beneficios de medicamentos con receta.
	Medicamentos de marcas preferidas	\$30 de copago /por medicamento recetado (venta comercial y pedidos por correo); Deducible no se aplica	No tiene cobertura	
	Medicamentos orales de marca para la diabetes, insulina y suministros	\$15 de copago /por medicamento recetado (venta comercial y pedidos por correo); Deducible no se aplica	No tiene cobertura	
	Medicamentos especiales selectos y biosimilares selectos	Genérico: \$5 de copago /por medicamento recetado (pedidos por correo); Deducible no se aplica De marca: 25% de coseguro (pedidos por correo); Deducible no se aplica	No tiene cobertura	
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% de coseguro (centro de cirugía ambulatoria);	50% de coseguro	Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa .
	Honorarios del médico/cirujano	30% de coseguro (hospital)		

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.uhh.org.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	\$200 de copago /visita; Deducible no se aplica	\$200 de copago /visita; Deducible no se aplica	Copago exonerado si es admitido. No hay cobertura para atención si no es emergencia en una sala de emergencias afuera de la red. La atención dentro de la red que podría ser proporcionada durante una visita rutinaria a la clínica/centro de urgencia está cubierta en un 50% coseguro .
	Transporte médico de emergencia	30% de coseguro (terrestre); 20% de coseguro (aéreo)	30% de coseguro (terrestre); 20% de coseguro (aéreo)	La cobertura para ambulancia terrestre está limitada a 2 viajes/año. Los beneficios para ambulancia aérea pueden ser denegados si no se sigue el programa de autorización previa .
	Atención de urgencia	\$50 de copago /visita; Deducible no se aplica	50% de coseguro ;	Ninguna
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	30% de coseguro	50% de coseguro	Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa .
	Honorarios del médico/cirujano			
Si necesita servicios de salud mental, conductual o abuso de sustancias	Sevicios ambulatorios	\$25 de copago /visita al consultorio; Sin cargo por otros servicios de paciente externo; Deducible no se aplica	50% de coseguro	Ninguna
	Servicios internos	30% de coseguro	50% de coseguro	Ninguna

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$25 de copago /visita; Deducible no se aplica	50% de coseguro	No se proporciona cobertura para el embarazo de una hija dependiente aparte de cuidado preventivo . Los beneficios de hospitalización pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa . El costo compartido no se aplica para ciertos servicios preventivos . Dependiendo del tipo de servicios, un copago o coseguro puede aplicar. El cuidado de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (por ejemplo, ultrasonido).
	Servicios de parto profesionales	30% de coseguro	50% de coseguro	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales			
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	Sin cargo	50% de coseguro	Cobertura limitada a 30 visitas/año. Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa .
	Servicios de rehabilitación	\$30 de copago /visita (no en hospital); \$60 de copago /visita (hospital); Deducible no se aplica	50% de coseguro	La cobertura para terapia del habla limitada a 30 visitas/año. La cobertura para terapia física/ocupacional, limitada a 60 visitas/año.
	Servicios de habilitación			
	Cuidado de enfermería especializada	30% de coseguro	50% de coseguro	Cobertura limitada a 30 días/año. Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa .
	Equipo médico duradero	25% de coseguro	No tiene cobertura	Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa .
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	Sin cargo; Deducible no se aplica	50% de coseguro	Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa .
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	No tiene cobertura	No tiene cobertura	Los beneficios de la vista pueden proporcionarse por separado.
	Anteojos para niños			
	Chequeo dental pediátrico	No tiene cobertura	No tiene cobertura	Los beneficios dentales pueden proporcionarse por separado.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros [servicios excluidos](#).)

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Acupuntura• Cirugía bariátrica (salvo que sea medicamento necesaria)• Cirugía cosmética• Cuidados dentales (Adultos) (pueden ser proporcionados por separado)• Cuidados dentales (Menores) (pueden ser proporcionados por separado) | <ul style="list-style-type: none">• Aparatos auditivos• Tratamiento de la infertilidad• Cuidado de salud por tiempo prolongado• Cuidados que no sean de emergencia cuando viaja fuera de los EE.UU.• Servicios privados de enfermería• Cuidados de visión rutinarios (Adultos) (pueden ser proporcionados por separado) | <ul style="list-style-type: none">• Cuidados de visión rutinarios (Menores) (pueden ser proveídos por separado)• Cuidados podiátricos de rutina• Programas para bajar de peso (salvo para el tratamiento de la obesidad mórbida bajo la supervisión directa de un profesional de la salud) |
|---|--|--|

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#).)

- Cuidados quiroprácticos (limitados a [proveedores dentro de la red](#) y 12 visitas/año)

Sus derechos a continuar con su cobertura Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: Departamento de Trabajo de Administración de Seguridad de los Beneficios del Empleado al 1-866-444-EBSA (3272) ó www.dol.gov/ebsa/healthreform y el Centro para la Información del Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-877-267-2323 x61565 ó www.cciio.cms.gov. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguro Médico. Para más información acerca del [Mercado](#), visite www.CiudadDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle una [reclamación](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#) o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: UNITE HERE HEALTH al 1-855-405-FUND (3863), o al Departamento de Trabajo de Administración de Seguridad de los Beneficios del Empleado al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform. También puede contactar a la Oficina de Administración del Fideicomiso al 1-800-331-6158.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

Si no tiene [cobertura esencial mínima](#) durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí.

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios lingüísticos:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-855-405-FUND (3863).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-855-405-FUND (3863).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-855-405-FUND (3863).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-855-405-FUND (3863).

—————*Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.*—————

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus [proveedores](#) y dentro del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada (nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)		Control de la diabetes tipo 2 de Joe (un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)		Fractura simple de Mia (visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)	
■ El deducible general del plan	\$750	■ El deducible general del plan	\$750	■ El deducible general del plan	\$750
■ Copago del especialista	\$50	■ Copago del especialista	\$50	■ Copago del especialista	\$50
■ Copago del hospital (las instalaciones)	30%	■ Copago del hospital (las instalaciones)	30%	■ Copago del hospital (las instalaciones)	\$200
■ Otro coseguro	30%	■ Otro coseguro	30%	■ Otro coseguro	30%
Este EJEMPLO incluye servicios como: Visitas al especialista (<i>atención prenatal</i>) Servicios de parto profesionales Servicios de instalaciones de partos profesionales Pruebas diagnósticas (<i>sonogramas y análisis de sangre</i>) Visita al especialista (<i>anestesia</i>)		Este EJEMPLO incluye servicios como: Visitas al consultorio del médico primario (<i>incluye sesiones informativas sobre la enfermedad</i>) Pruebas diagnósticas (<i>análisis de sangre</i>) Medicamentos por recetas Equipo médico duradero (<i>medidor de glucosa</i>)		Este EJEMPLO incluye servicios como: Sala de emergencias (<i>incluye materiales médicos</i>) Prueba diagnóstica (<i>radiografía</i>) Equipo médico duradero (<i>muletas</i>) Servicios de rehabilitación (<i>terapia física</i>)	
Costo total hipotético	\$12,700	Costo total hipotético	\$7,400	Costo total hipotético	\$1,900
En este ejemplo, Peg pagaría:		En este ejemplo, Joe pagaría:		En este ejemplo, Mia pagaría:	
<i>Costo compartido</i>		<i>Costo compartido</i>		<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$750	Deducibles	\$0	Deducibles	\$600
Copagos	\$70	Copagos	\$1,000	Copagos	\$400
Coseguro	\$1,200	Coseguro	\$0	Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>		<i>Qué no está cubierto</i>		<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60	Límites o exclusiones	\$100	Límites o exclusiones	\$0
El total que Peg pagaría es	\$2,080	El total que Joe pagaría es	\$1,100	El total que Mia pagaría es	\$1,000

El [plan](#) sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.