



Puede que usted no tenga todos estos beneficios. Sus beneficios son determinados por su acuerdo de negociación colectivo 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 1/1/2019)</small> | LO QUE USTED PAGA— Dentro de la Red | LO QUE USTED PAGA— Fuera de la Red |
| Visitas a la Clínica | | |
| Cuidado Preventivo | \$0 copago | No tiene cobertura |
| Médico de Atención Primaria <small>(incluye todos los cuidados recibidos durante la visita)</small> | \$20 | 50% |
| Doctor on Demand <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, Centro de Urgencias y Servicios de Hospitalización | | |
| Centro de Urgencias | \$40 | 50% |
| Sala de Emergencias (ER) para Emergencias <small>(no aplica si es admitido(a))</small> | \$150 | \$150 |
| Sala de Emergencias (ER) para Atención Rutinaria | 50% | No tiene cobertura |
| Ambulancia Terrestre <small>(2 viajes al año)</small> | \$150/viaje | \$150/trip |
| 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 máx 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 prescripción | No tiene cobertura |
| Medicamentos de Marca Preferidos <i>En el formulario</i> | \$30 copago por prescripción | |
| Medicamentos Orales de Marca para Diabetes, Insulina y Suministros <i>En el formulario</i> | \$15 copago por prescripción | |
| Medicamentos Especializados y Biosimilares | 25% coseguro (<i>\$50 máximo por prescripción</i>) | |

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, Discapacidad de Corto Plazo, Vida y AD&D

Efectivo 1/1/2019

Dental y visión ofrecido como un paquete combinado

| Dental Cigna DPPO | | |
|---|--|---|
| <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 \$1,500 <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 | \$0 copago | \$10 copago; el plan paga hasta \$45 |
| Marcos | \$25 copago; el plan paga hasta \$175 por marcos | \$25 copago; el plan paga hasta \$70 |
| Lentes | | \$25 copago; el plan paga hasta \$30-\$100, dependiendo del tipo de lentes |
| Lentes de Contacto <i>En lugar de anteojos</i> | Contacts—\$0 copay; up to \$50 for exam; plan pays up to \$175 | El plan paga hasta \$120 por lentes de contacto, prueba 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 | |
|--|--------------------------------|
| <i>Sólo para empleados</i> | LO QUE PAGA EL PLAN |
| Discapacidad de Corto Plazo <i>Accidente 1er día/ enfermedad 8vo día</i> | \$200/semana; 26-semana máx |

| Vida y AD&D | |
|--|---------------------|
| <i>Sólo para empleados</i> | LO QUE PAGA EL PLAN |
| Seguro de Vida | \$10,000 |
| Muerte Accidental y Seguro de Desmembramiento | \$5,000 |



Beneficios No Médicos



A simple vista

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

Efectivo 1/1/2019

Ofrecido como un paquete combinado

| Dental Cigna DHMO | |
|--|--|
| <p>¡Elija un dentista de la red! <i>Sus beneficios no son efectivos hasta que lo haga! Llame a Cigna: (800) 244-6224</i></p> | LO QUE USTED PAGA |
| Exámenes Orales de Rutina/Limpiezas | \$0 copago |
| La Mayoría de Radiografías | \$0 copago |
| Rellenos Amalgama | \$6 – \$18 copago, dependiendo del número de superficies |
| Coronas Un reemplazo por persona cada 5 años | \$370 – \$470 copago, dependiendo del tipo |
| Endodoncia | \$275 – \$440 copago, dependiendo del tipo |
| Ortodoncia—Niño menor de 19 24-meses máx | \$2,280 total copago (\$95 copago por mes) |
| <i>Cobertura para beneficios únicamente dentro de la red; no deducible; sin máximo para servicios que no sean de ortodoncia</i> | |

| Visión VSP | | |
|--|---|--|
| <i>Beneficios disponibles cada 12 meses</i> | LO QUE USTED PAGA | |
| | Red VSP | Fuera de la Red |
| Examen de la Vista | \$0 copago | El plan paga hasta \$45 |
| Marcos | \$25 copago; el plan paga hasta \$175 por marcos | El plan paga hasta \$70 |
| Lentes | | El plan paga hasta \$30-\$100, dependiendo del tipo de lentes |
| Lentes de Contacto <i>En lugar de anteojos</i> | Contacts—\$0 copay; up to \$50 for exam; plan pays up to \$175 | El plan paga hasta \$120 por lentes de contacto, prueba y evaluación |

| Discapacidad de Corto Plazo | |
|--|--------------------------------|
| <i>Sólo para empleados</i> | LO QUE PAGA EL PLAN |
| Discapacidad de Corto Plazo <i>Accidente 1er día/ enfermedad 8vo día</i> | \$200/semana; 26-semana máx |

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

Puede que usted no tenga todos estos beneficios. Sus beneficios son determinados por su acuerdo de negociación colectivo 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