



Here's Your Summary of Benefits and Coverage!

Your Summary of Benefits and Coverage (SBC) summarizes your benefits for common medical care. The SBC is required under federal law to let you more easily compare benefits between plans. The SBC is not a detailed description of your benefits or how they work. If there is a conflict between this SBC and your Plan's documents, the Plan's documents govern.

- Your SBC shows the benefits available to you even if you choose not to enroll. (You may or may not be allowed to waive coverage.)
- The SBC primarily reflects your medical benefits. You may have additional vision or dental benefits not shown in the SBC. You may also have life, accidental death and dismemberment, or short-term disability benefits.
- The SBC includes a section called *Coverage Examples*. This section shows the estimated average cost and benefits paid for common medical procedures.
 - The costs reflect national averages, but may not reflect actual plan payments.
 - The coverage examples are based on certain assumptions. It is important to note these are examples only. You shouldn't use these examples to estimate your actual costs under the Plan.

Need More Information?

If you have questions about your SBC, your benefits under the Plan, or what enrollment options you may have, please contact UNITE HERE HEALTH at the phone number shown on your SBC.



¡Aquí tiene su Resumen de beneficios y cobertura!

El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le presenta una síntesis de sus beneficios para atención médica común. La ley federal estipula que su SBC le debe permitir hacer una fácil comparación de beneficios entre planes. El SBC no contiene una descripción detallada de sus beneficios ni cómo estos funcionan. De haber algún conflicto entre este SBC y los documentos de su Plan, los que rigen son los documentos del Plan.

- El SBC le muestra los beneficios disponibles para usted, aún cuando usted decida no inscribirse. (Puede ser que se le permita o no se le permita renunciar a la cobertura).
- El SBC refleja principalmente sus beneficios médicos. Puede ser que tenga beneficios adicionales para la visión o dentales que no aparecen en su SBC. Además, es posible que tenga beneficios de seguro de vida, muerte accidental o desmembramiento, o beneficios de discapacidad a corto plazo.
- El SBC incluye una sección que se llama *Ejemplos de cobertura*. Esta sección le muestra una estimación del costo promedio y beneficios pagados por procedimientos médicos comunes.
 - Los costos reflejan promedios nacionales, pero es posible que no reflejen los verdaderos pagos del plan.
 - Los ejemplos de cobertura están basados en ciertas suposiciones. Es importante tener en cuenta que estos son sólo ejemplos. No debe utilizar estos ejemplos para estimar sus costos reales bajo el Plan.

¿Necesita más información?


Si tiene preguntas con respecto a su SBC, a sus beneficios según el Plan o a sus opciones para inscribirse, comuníquese con UNITE HERE HEALTH al número telefónico que aparece en su SBC.



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, visit www.uhh.org or call 1-866-686-0003. 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 1-866-686-0003 to request a copy.

Important Questions	Answers	Why This Matters:
What is the overall deductible ?	Network services: \$100/individual or \$200/family Non-network services: \$500/individual	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.
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 ?	\$1,000 individual	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, copayments , 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	\$10 copay /visit; Deductible does not apply	50% coinsurance	None.
	Specialist visit	\$10 copay /visit with referral from a primary care provider ; \$20 copay /visit without referral from a primary care provider ; Deductible does not apply	50% coinsurance	You pay 10% coinsurance for network non-routine podiatry. No coverage for non-network podiatry.
	Preventive care/screening/immunization	\$15 copay /visit for well-child care for children under age 6 and no charge for all other preventive care ; 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. *See section Medical Benefits.
If you have a test	Diagnostic test (x-ray, blood work)	No charge; Deductible does not apply	50% coinsurance	You pay 10% coinsurance for network chiropractic x-rays and coverage is limited to \$400/year. Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed.
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	10% coinsurance	50% coinsurance	Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed.

* 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 drugs to treat your illness or condition More information about prescription drug coverage is available at www.hospitalityrx.org	Generic drugs	\$3 copay /prescription (retail and mail order); Deductible does not apply	Not covered	Specialty drugs must be obtained through the specialty mail order pharmacy. Quantity limits, prior authorization requirements, and other cost-containment programs may apply. *See section Prescription Drug Benefits.
	Preferred brand drugs	\$12 copay /prescription (retail and mail order); Deductible does not apply	Not covered	
	Non-preferred brand drugs	\$27 copay /prescription (retail and mail order); Deductible does not apply	Not covered	
	Specialty and biosimilar drugs	\$3, \$12, or \$27 copay /prescription, based on drug category (mail order); Deductible does not apply	Not covered	
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	10% coinsurance	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	\$50 copay /visit, plus 10% coinsurance ; Deductible does not apply	\$50 copay /visit, plus 10% coinsurance ; Deductible does not apply	Network non-emergency treatment covered at 50% coinsurance after \$50 copay /visit. Non-network non-emergency treatment covered at 50% coinsurance after deductible.
	Emergency medical transportation	10% coinsurance	10% coinsurance	None.
	Urgent care	\$20 copay /visit; Deductible does not apply	50% coinsurance	None.
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	10% coinsurance	50% coinsurance	Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed.
	Physician/surgeon fees			

* 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 mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	\$10 copay /office visit and 10% coinsurance for other outpatient services; Deductible does not apply to office visits	50% coinsurance	Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed.
	Inpatient services	10% coinsurance	50% coinsurance	Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed.
If you are pregnant	Office visits	\$10 copay /visit; Deductible does not apply	50% coinsurance	No coverage provided for pregnancy of a dependent child. Inpatient benefits may be denied if the prior authorization program is not followed if required. Depending on the type of services, a copayment , coinsurance , or deductible may apply. Maternity care may include tests and services described elsewhere in the SBC (i.e. ultrasound).
	Childbirth/delivery professional services	10% coinsurance	50% coinsurance	
	Childbirth/delivery facility services	10% coinsurance	50% coinsurance	
If you need help recovering or have other special health needs	Home health care	10% coinsurance	50% coinsurance	Coverage limited to 60 visits/year, including up to 30 non-network visits. Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed.
	Rehabilitation services	10% coinsurance	50% coinsurance	Coverage limited to 30 visits/year. Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed.
	Habilitation services			
	Skilled nursing care	10% coinsurance	50% coinsurance	Coverage limited to 60 days/year, including up to 30 non-network days. Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed.
	Durable medical equipment	10% coinsurance	50% coinsurance	Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed.
	Hospice services	10% coinsurance	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	None.
	Children's glasses			
	Children's dental check-up	Not covered	Not covered	None.

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

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](#).)

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• Acupuncture (unless provided by an M.D. or D.O.)• Bariatric surgery (unless medically necessary)• Cosmetic surgery• Dental care (Adult)• Dental care (Child) | <ul style="list-style-type: none">• Hearing aids• Infertility treatment• Long-term care• Non-emergency care when traveling outside the U.S. | <ul style="list-style-type: none">• Routine eye care (Adult)• Routine eye care (Child)• 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.)

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• Chiropractic care (limited to network providers and \$25/visit up to \$600/year) | <ul style="list-style-type: none">• Private-duty nursing | <ul style="list-style-type: none">• Routine foot care (limited to network providers and \$25/visit up to \$500/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: Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform. 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 1-866-686-0003, or the Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform.

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 1-866-686-0003.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-686-0003.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-866-686-0003.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-866-686-0003.

-----*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)

■ The plan's overall deductible	\$100
■ Specialist copayment	\$10
■ Hospital (facility) coinsurance	10%
■ Other coinsurance	10%

This EXAMPLE event includes services like:

Specialist office visits (*prenatal care*)
 Childbirth/Delivery Professional Services
 Childbirth/Delivery Facility Services
 Diagnostic tests (*ultrasounds and blood work*)
 Specialist visit (*anesthesia*)

Total Example Cost	\$12,700
---------------------------	-----------------

In this example, Peg would pay:

<i>Cost Sharing</i>	
Deductibles	\$100
Copayments	\$10
Coinsurance	\$900
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$60
The total Peg would pay is	\$1,070

Managing Joe's type 2 Diabetes

(a year of routine in-network care of a well-controlled condition)

■ The plan's overall deductible	\$100
■ Specialist copayment	\$10
■ Hospital (facility) coinsurance	10%
■ Other coinsurance	10%

This EXAMPLE event includes services like:

Primary care physician office visits (*including disease education*)
 Diagnostic tests (*blood work*)
 Prescription drugs
 Durable medical equipment (*glucose meter*)

Total Example Cost	\$7,400
---------------------------	----------------

In this example, Joe would pay:

<i>Cost Sharing</i>	
Deductibles	\$100
Copayments	\$700
Coinsurance	\$10
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$100
The total Joe would pay is	\$910

Mia's Simple Fracture

(in-network emergency room visit and follow up care)

■ The plan's overall deductible	\$100
■ Specialist copayment	\$10
■ Hospital (facility) coinsurance	10%
■ Other coinsurance	10%

This EXAMPLE event includes services like:

Emergency room care (*including medical supplies*)
 Diagnostic test (*x-ray*)
 Durable medical equipment (*crutches*)
 Rehabilitation services (*physical therapy*)

Total Example Cost	\$1,900
---------------------------	----------------

In this example, Mia would pay:

<i>Cost Sharing</i>	
Deductibles	\$100
Copayments	\$70
Coinsurance	\$100
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$0
The total Mia would pay is	\$270

Note: These numbers assume [referrals](#) from a PCP were obtained for specialty care.



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, visite www.uhh.org o llame al 1-866-686-0003. 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 1-866-686-0003 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	Servicios dentro de la red : USD \$100/por persona o \$200/por familia Servicios fuera de la red: USD \$500/por persona	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. 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 .
¿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 ?	USD \$1,000 por persona	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 de saldo , atención médica que este plan no cubre, copagos , gastos fuera de la red, y penalidades por no obtener autorización previa para servicios.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos directos del bolsillo .
¿Pagará un poco menos	Sí. Vea www.bcbsil.com o llame al	Este plan no tiene un proveedor dentro de la red . Usted pagará menos si acude a un proveedor

si acude a un proveedor dentro de la red medica?	1-800-810-2583 para una lista de proveedores dentro de la red .	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	\$10 copago /visita; El deducible no se aplica	50% coseguro	Ninguna.
	Visita al especialista	\$10 copago /visita con referencia de un proveedor de atención primaria ; \$20 copago /visita sin referencia de un proveedor de atención primaria ; El deducible no se aplica	50% coseguro	Usted paga un 10% de coseguro por podiatría no rutinaria dentro de la red . No hay cobertura para podiatría fuera de la red.
	Atención preventiva/examen colectivo/vacuna	\$15 copago /visita por niño menor de 6 y sin cargo para otros cuidados preventivos ; El 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 . *Vea la sección de Beneficios Médicos.

* 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 se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo; El deducible no se aplica	50% coseguro	Usted paga un coseguro del 10% por radiografías de quiropráctica dentro de la red y la cobertura está limitada a \$400/año. Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa .
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	10% coseguro	50% coseguro	Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa .
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.hospitalityrx.org	Medicamentos genéricos	\$3 copago /receta (venta minorista y pedidos por correo); El deducible no se aplica	No tiene cobertura	Los medicamentos especializados deben ser obtenidos a través de la farmacia especializada de pedidos por correo. Pueden aplicarse límites de cantidad, requisitos de autorización previa y otros programas de contención de costos. *Vea la sección de beneficios de medicamentos con receta.
	Medicamentos de marcas preferidas	\$12 copago /receta (venta minorista y pedidos por correo); El deducible no se aplica	No tiene cobertura	
	Medicamentos de marcas no preferidas	\$27 copago /receta (venta minorista y pedidos por correo); El deducible no se aplica	No tiene cobertura	
	Medicamentos biosimilares o de especialidad	\$3, \$12, o \$27 copago /receta, según la categoría del medicamento (pedidos por correo); El deducible no se aplica	No tiene cobertura	
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	10% coseguro	50% coseguro	Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización

* 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)	
	Honorarios del médico/cirujano			previa .
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	\$50 copago /visita, más 10% coseguro ; El deducible no se aplica	\$50 copago /visita, más 10% coseguro ; El deducible no se aplica	El tratamiento dentro de la red que no es de emergencia, cubierto con un coseguro del 50% después de \$50 de copago /visita. El tratamiento fuera de la red que no es de emergencia, cubierto con un coseguro del 50% después del deducible.
	Transporte médico de emergencia	10% coseguro	10% coseguro	Ninguna.
	Atención de urgencia	\$20 copago /visita; El deducible no se aplica	50% coseguro	Ninguna.
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	10% coseguro	50% 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	Servicios ambulatorios	\$10 copago /visita al consultorio y 10% coseguro por otros servicios de paciente externo; El deducible no se aplica a visitas al consultorio	50% coseguro	Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa .
	Servicios internos	10% coseguro	50% coseguro	Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa .
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$10 copago /visita; El deducible no se aplica	50% coseguro	No se proporciona cobertura para el embarazo de una hija dependiente. Los beneficios de hospitalización pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa si es requerido. Dependiendo en el tipo de servicios, puede aplicar un copago , coseguro o deducible . El cuidado de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra
	Servicios de parto profesionales	10% coseguro	50% coseguro	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	10% coseguro	50% coseguro	

* 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)	
				parte en el SBC (por ejemplo, ultrasonido).
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	10% coseguro	50% coseguro	Cobertura limitada a 60 visitas/año, incluyendo hasta 30 visitas fuera de la red. Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa .
	Servicios de rehabilitación	10% coseguro	50% coseguro	Cobertura limitada a 30 visitas/año. Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa .
	Servicios de habilitación			
	Cuidado de enfermería especializada	10% coseguro	50% coseguro	Cobertura limitada a 60 días/año, incluyendo hasta 30 días fuera de la red. Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa .
	Equipo médico duradero	10% coseguro	50% coseguro	Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa .
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	10% coseguro	50% 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	Ninguna.
	Anteojos para niños			
	Chequeo dental pediátrico	No tiene cobertura	No tiene cobertura	Ninguna.

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 (a menos que sea proporcionada por un M.D. o un D.O.) • Cirugía bariátrica (salvo que sea medicamente necesaria) • Cirugía cosmética • Cuidados dentales (Adultos) • Cuidados dentales (Menores) | <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. | <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados de visión rutinarios (Adultos) • Cuidados de visión rutinarios (Menores) • Programas para bajar de peso (salvo para el tratamiento de la obesidad mórbida bajo la supervisión directa de un profesional de la salud) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

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

- Cuidados quiroprácticos (limitado a proveedores [dentro de la red](#) y \$25/visita hasta \$600/año)
- Servicios privados de enfermería
- Cuidados podiátricos de rutina (limitado a proveedores [dentro de la red](#) y \$25/visita hasta \$500/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) o www.dol.gov/ebsa/healthreform. 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.CuidadDeSalud.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 1-866-686-0003, 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.

¿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 1-866-686-0003.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-686-0003.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, □□打□个号□ 1-866-686-0003.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-866-686-0003.

-----*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)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$100
- [Especialista copago](#) \$10
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) 10%
- Otro [coseguro](#) 10%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al especialista (*atención prenatal*)
 Servicios de parto profesionales
 Servicios de instalaciones de partos profesionales
 Pruebas diagnósticas (*sonogramas y análisis de sangre*)
 Visita al especialista (*anestesia*)

Costo total hipotético \$12,700

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$100
Copagos	\$10
Coseguro	\$900
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$1,070

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$100
- [Especialista copago](#) \$10
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) 10%
- Otro [coseguro](#) 10%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico primario (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)
 Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)
 Medicamentos por recetas
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Costo total hipotético \$7,400

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$100
Copagos	\$700
Coseguro	\$10
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$100
El total que Joe pagaría es	\$910

Fractura simple de Mia
(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$100
- [Especialista copago](#) \$10
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) 10%
- Otro [coseguro](#) 10%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Sala de emergencias (*incluye materiales médicos*)
 Prueba diagnóstica (*radiografía*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

Costo total hipotético \$1,900

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$100
Copagos	\$70
Coseguro	\$100
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$270

Nota: Estas cifras asumen que [referencias](#) de un PCP fueron obtenidas para cuidados especializados.

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