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.

Summary of Benefits and Coverage: What this Plan Covers & What You Pay For Covered Services

Coverage Period: Beginning on or after 01/01/2022

UNITE HERE HEALTH **Chicago Sporting Events (Plan Unit 117)**

Coverage for: All | **Plan Type:** PPO

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 1-800-419-4373. 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 1-800-419-4373 to request a copy.

Important Questions	Answers	Why This Matters:
What is the overall deductible?	$0	See the Common Medical Events chart below for your costs for services this plan covers.
Are there services covered before you meet your deductible?	Not Applicable.	The plan does not have a deductible.
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?	$6,350 individual / $12,700 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, vision care, 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.uhh.org or call 1-800-419-4373 for a list of network providers. If you live outside of the BlueChoice network area, contact UNITE HERE HEALTH at 1-800-419-4373 regarding your network.	You pay the least if you use a provider in the Green network (AMITA Health). You pay more if you use a provider in the Blue network (BlueChoice or BlueCard). 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.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay			Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		AMITA Health Provider (You will pay the least)	BlueChoice or BlueCard Provider	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	No charge	$10 copay/visit	Not covered	No charge at the UNITE HERE HEALTH – Health Center (Chicago).
	Specialist visit	$10 copay/visit	$20 copay/visit	Not covered	None.
	Preventive care/screening/ immunization	No charge	No charge	Not covered	Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed. 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.
If you have a test	Diagnostic test (x-ray, blood work)	X-rays: No charge Blood work: No charge (non-hospital); $30 copay/visit (hospital)	X-rays: $10 copay/visit (non-hospital); $50 copay/visit (hospital) Blood work: No charge (non-hospital); $30 copay/visit (hospital)	X-rays: Not covered Blood work: No charge at independent laboratories only	Coverage for non-network blood work limited to independent laboratory services. Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed.
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	No charge	$100 copay/visit (non-hospital); $150 copay/visit (hospital)	Not covered	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.hospitalityrx.org	Generic and some brand drugs	$5 copay/prescription (retail and mail order)	$5 copay/prescription (retail and mail order)	Not covered	No charge for certain preventive care drugs and supplies. No charge for drugs at the Fund-designated free pharmacy at Presence Resurrection Medical Center or the UNITE HERE HEALTH – Health Center (Chicago). Specialty drugs must be obtained through the specialty mail order pharmacy. Coverage limited to drugs on the formulary, unless formulary exception
	Preferred drugs	$15 copay/prescription (retail and mail order)	$15 copay/prescription (retail and mail order)	Not covered	
	Non-preferred drugs	$30	$30	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
		AMITA Health Provider (You will pay the least)	BlueChoice or BlueCard Provider	Non-Network Provider (You will pay the most)	
		copay/prescription (retail and mail order)	copay/prescription (retail and mail order)		is approved. Quantity limits, prior authorization requirements, and other cost-containment programs may apply. *See section prescription drug benefits.
	Select specialty drugs and select biosimilars	Generic: $5 copay/prescription (mail order); Brand: 25% coinsurance (mail order)	Generic: $5 copay/prescription (mail order); Brand: 25% coinsurance (mail order)	Not covered	
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	No charge	$100 copay/visit (non-hospital); $200 copay/visit (hospital)	Not covered	Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed.
	Physician/surgeon fees				
If you need immediate medical attention	Emergency room care	$100 copay/visit	$200 copay/visit	$200 copay/visit	Copay is waived if admitted.
	Emergency medical transportation	$50 copay/trip	$50 copay/trip	$50 copay/trip	Copay is waived if admitted. No charge for inter-hospital transfer.
	Urgent care	$30 copay/visit	$30 copay/visit	Not covered	No charge at Physicians Immediate Care locations in Illinois.
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	$150 copay/day up to $300 maximum	$250 copay/day up to $500 maximum	$250 copay/day up to $500 maximum for emergency admissions only	Non-network hospital stays are covered for emergency admissions only and will not be covered once patient can be safely transported to a network hospital. 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
		AMITA Health Provider (You will pay the least)	BlueChoice or BlueCard Provider	Non-Network Provider (You will pay the most)	
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	No charge	$10 copay/office visit and no charge for other outpatient services	Office visits: Not covered; Other outpatient services: No charge	Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed.
	Inpatient services	$150 copay/day up to $300 maximum	$250 copay/day up to $500 maximum	$250 copay/day up to $500 maximum for emergency admissions only	Non-network hospital stays are covered for emergency admissions only and will not be covered once patient can be safely transported to a network hospital. Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed.
If you are pregnant	Office visits	No charge	$10 copay/visit	Not covered	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 if required. Cost sharing does not apply to certain preventive services. Depending on the type of services, a copayment may apply. Maternity care may include tests and services described elsewhere in the SBC (i.e. ultrasound).
	Childbirth/delivery professional services	$150 copay/day up to $300 maximum	$250 copay/day up to $500 maximum	Not covered	
	Childbirth/delivery facility services				
If you need help recovering or have other special health needs	Home health care	$10 copay/visit	$20 copay/visit	Not covered	Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed. Coverage limited to 60 visits/year.
	Rehabilitation services	Non-hospital: No charge; Hospital: $30 copay/visit	Non-hospital: $10 copay/visit; Hospital: $30 copay/visit	Not covered	Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed.
	Habilitation services				
	Skilled nursing care	$50 copay/day up to $250 maximum	$100 copay/day up to $500 maximum	Not covered	Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed. Coverage limited to 60 days/year.
	Durable medical equipment	20% coinsurance	20% coinsurance	Not covered	Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed.
	Hospice services	No charge	No charge	Not covered	Benefits may be denied if the prior

* 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
		AMITA Health Provider (You will pay the least)	BlueChoice or BlueCard Provider	Non-Network Provider (You will pay the most)	
					authorization program is not followed.
If your child needs dental or eye care	Children's eye exam	Not applicable	No charge	No charge	Coverage limited to 1 exam/year, 1 pair of eyeglass lenses/year, and $250/24 months (dollar limit does not apply to exams and eyeglass lenses for children under age 19).
	Children's glasses				
	Children's dental check-up	Not applicable	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.)

- 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
- 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.)

- Acupuncture, limited to network providers and 12 visits/year
- Chiropractic care, limited to network providers and 24 visits/year
- Routine eye care (Adult)
- Routine foot care, limited to network providers and 4 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: 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 1-800-419-4373, 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.

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

Minimum Essential Coverage generally includes plans, health insurance available through the Marketplace or other individual market policies, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, and certain other coverage. If you are eligible for certain types of Minimum Essential Coverage, you may not be eligible for the premium tax credit.

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 1-800-419-4373.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-419-4373.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助， 请拨打这个号码 1-800-419-4373.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-800-419-4373.

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** **$0**
- **Specialist copayment** **$10**
- **Hospital (facility) copayment** **$150**
- **Other coinsurance** **20%**

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:

Cost Sharing	
Deductibles	$0
Copayments	$300
Coinsurance	$0
What isn't covered	
Limits or exclusions	$50
The total Peg would pay is	**$350**

Managing Joe's type 2 Diabetes
(a year of routine in-network care of a well-controlled condition)

- **The plan's overall deductible** **$0**
- **Specialist copayment** **$10**
- **Hospital (facility) copayment** **$150**
- **Other coinsurance** **20%**

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	**$5,600**

In this example, Joe would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	$0
Copayments	$20
Coinsurance	$0
What isn't covered	
Limits or exclusions	$40
The total Joe would pay is	**$60**

Mia's Simple Fracture
(in-network emergency room visit and follow up care)

- **The plan's overall deductible** **$0**
- **Specialist copayment** **$10**
- **Hospital (facility) copayment** **$150**
- **Other coinsurance** **20%**

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	**$2,800**

In this example, Mia would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	$0
Copayments	$200
Coinsurance	$10
What isn't covered	
Limits or exclusions	$0
The total Mia would pay is	**$210**

Note: These numbers assume the patient uses AMITA Health network providers, the UNITE HERE HEALTH – Health Center (Chicago), or free locations when available.

The **plan** would be responsible for the other costs of these EXAMPLE covered services.

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre este plan y lo que usted paga por los servicios cubiertos **Periodo de cobertura: A partir o después del 01/01/2022**

UNITE HERE HEALTH **Chicago Sporting Events (Plan Unit 117)** **Cobertura para:** Todo | **Tipo de plan:** PPO

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 1-800-419-4373. 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 1-800-419-4373 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	**USD** $0	Consulte la tabla de eventos comunes a continuación para ver los costos de servicio que cubre este plan.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible?	No se aplica.	Este plan no tiene un deducible.
¿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** $6,350 por persona / $12,700 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 de saldo, atención médica que este plan no cubre, gastos fuera de la red, cuidado de la visión, 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 si acude a un proveedor dentro de la red medica?	Sí. Vea www.uhh.org o llame al 1-800-419-4373 para una lista de proveedores dentro de la red. Sí usted vive afuera área de la red de BlueChoice, comuníquese UNITE HERE HEALTH al 1-800-419-4373 respecto a su red de proveedores.	Usted paga menos si utiliza un proveedor en la red Green (AMITA Health). Usted paga más si utiliza un proveedor en la red Blue (BlueChoice o BlueCard). Pagará la mayor cantidad si utiliza un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (tales como pruebas de laboratorio). 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.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Prooveedor AMITA Health (Usted pagará lo mínimo)	Proveedores BlueChoice o BlueCard	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	Sin cargo	$10 copago/visita	No tiene cobertura	No hay cargo en el Centro de Salud UNITE HERE HEALTH – Health Center (Chicago).
	Visita al especialista	$10 copago/visita	$20 copago/visita	No tiene cobertura	Ninguna.
	Atención preventiva/examen colectivo/vacuna	Sin cargo	Sin cargo	No tiene cobertura	Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa. 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.
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	Radiografías: Sin cargo Análisis de sangre: Sin cargo (no en hospital); $30 copago/visita (hospital)	Radiografías: $10 copago/visita (no en hospital); $50 copago/visita (hospital) Análisis de sangre: Sin cargo (no en hospital); $30 copago/visita (hospital)	Radiografías: No tiene cobertura Análisis de sangre: Sin cargo únicamente en laboratorios independientes	La cobertura para análisis de sangre fuera de la red limitada a servicios de laboratorio independientes. Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	Sin cargo	$100 copago/visita (no en hospital); $150 copago/visita (hospital)	No tiene cobertura	Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa.

* 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
		Prooveedor AMITA Health (Usted pagará lo mínimo)	Proveedores BlueChoice o BlueCard	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.hospitalityrx.org	Medicamentos genéricos y algunos de marca	$5 copago/receta (venta minorista y pedidos por correo)	$5 copago/receta (venta minorista y pedidos por correo)	No tiene cobertura	No hay cargo por ciertos medicamentos y suministros de cuidados preventivos. No hay cargo por medicamentos en la farmacia gratuita designada por el Fondo en Presence Resurrection Medical Center o el Centro de Salud de UNITE HERE HEALTH – Health Center (Chicago). Medicamentos de especialidad deben obtenerse a través de la farmacia especializada de pedidos por correo. La cobertura se limita a los medicamentos en el formulario, a menos que se apruebe una excepción del formulario. 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 preferidas	$15 copago/receta (venta minorista y pedidos por correo)	$15 copago/receta (venta minorista y pedidos por correo)	No tiene cobertura	
	Medicamentos no preferidas	$30 copago/receta (venta minorista y pedidos por correo)	$30 copago/receta (venta minorista y pedidos por correo)	No tiene cobertura	
	Medicamentos de especialidad selectos y biosimilares selectos	Genérico: $5 copago/receta (pedidos por correo); Marca: 25% coseguro (pedidos por correo)	Genérico: $5 copago/receta (pedidos por correo); Marca: 25% coseguro (pedidos por correo)	No tiene cobertura	
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo	$100 copago/visita (no en hospital); $200 copago/visita (hospital)	No tiene cobertura	Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa.
	Honorarios del médico/cirujano				
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	$100 copago/visita	$200 copago/visita	$200 copago/visita	Copago exonerado si es admitido.
	Transporte médico de emergencia	$50 copago/viaje	$50 copago/viaje	$50 copago/viaje	Copago exonerado si es admitido. No hay cargo para traslados entre hospitales.
	Atención de urgencia	$30 copago/visita	$30 copago/visita	No tiene cobertura	No hay cargo en las ubicaciones de Physicians Immediate Care en Illinois.
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	$150 copago/día máximo de $300	$250 copago/día máximo de $500	$250 copago/día máximo de $500 solo para ingresos de emergencias	Las estadías hospitalarias fuera de la red están cubiertas sólo para admisiones de emergencia y no se cubrirán una vez que el paciente pueda ser transportado de manera segura a un hospital dentro de la
	Honorarios del médico/cirujano				

* 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
		Prooveedor AMITA Health (Usted pagará lo mínimo)	Proveedores BlueChoice o BlueCard	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
					red. Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa.
Si necesita servicios de salud mental, conductual o abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	Sin cargo	$10 copago/visita para visitas al consultorio y sin cobro para otros servicios de paciente externo	Visitas al consultorio: No tienen cobertura; Otros servicios de paciente externo: Sin cargo	Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa.
	Servicios internos	$150 copago/día máximo de $300	$250 copago/día máximo de $500	$250 copago/día máximo de $500 solo para ingresos de emergencias	Las estadías hospitalarias fuera de la red están cubiertas sólo para admisiones de emergencia y no se cubrirán una vez que el paciente pueda ser transportado de manera segura a un hospital dentro de la red. Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	$10 copago/visita	No tiene cobertura	No se proporciona cobertura para el embarazo de una hija dependiente aparte del cuidado prenatal preventivo. Los beneficios de hospitalización pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa si es requerido. El Costo compartido no se aplica hacia ciertos servicios preventivos. Dependiendo en el tipo de servicios, puede aplicar un copago. El cuidado de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte en el SBC (por ejemplo, ultrasonido).
	Servicios de parto profesionales	$150 copago/día máximo de $300	$250 copago/día máximo de $500	No tiene cobertura	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales				

* 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
		Prooveedor AMITA Health (Usted pagará lo mínimo)	Proveedores BlueChoice o BlueCard	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	$10 copago/visita	$20 copago/visita	No tiene cobertura	Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa. Cobertura limitada a 60 visitas/año.
	Servicios de rehabilitación	No en hospital: Sin cargo; Hospital: $30 copago/visita	No en hospital: $10 copago/visita; Hospital: $30 copago/visita	No tiene cobertura	Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa.
	Servicios de habilitación				
	Cuidado de enfermería especializada	$50 copago/día máximo de $250	$100 copago/día máximo de $500	No tiene cobertura	Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa. Cobertura limitada a 60 visitas/año.
	Equipo médico duradero	20% coseguro	20% 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	Sin cargo	No tiene cobertura	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 se aplica	Sin cargo	Sin cargo	Cobertura limitada a 1 examen/año, 1 par de anteojos/año, y $250/24 meses (el límite en dólares no aplica a exámenes y anteojos para niños menores de 19 años).
	Anteojos para niños				
	Chequeo dental pediátrico	No se aplica	No tiene cobertura	No tiene cobertura	Beneficios dentales pueden ser proveídos por separado.

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

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.)		
• Cirugía bariátrica, salvo que sea medicamente necesaria • Cirugía cosmética • Cuidados dentales (Adultos) (pueden ser proveídos por separado)	• Cuidados dentales (Menores) (pueden ser proveídos por separado) • 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 • 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.)		
• Acupuntura, limitados a proveedores dentro de la red y 12 visitas/año	• Cuidados quiroprácticos, limitados a proveedores dentro de la red y 24 visitas/año • Cuidados de visión rutinarios (Adultos)	• Cuidados podiátricos de rutina, limitados a proveedores dentro de la red y 4 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) 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 1-800-419-4373, 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.**
La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles a través del Mercado u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de cobertura esencial mínima,tal vez no sea elegible para el crédito fiscal para primas del plan.

¿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 1-800-419-4373.
Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-419-4373.
Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-800-419-4373.
Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-800-419-4373.

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

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

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

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	$0
Especialista copago	$10
Hospital (instalaciones) copago	$150
Otro coseguro	20%

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:

Costo compartido	
Deducibles	$0
Copagos	$300
Coseguro	$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$50
El total que Peg pagaría es	**$350**

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	$0
Especialista copago	$10
Hospital (instalaciones) copago	$150
Otro coseguro	20%

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	**$5,600**

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	$0
Copagos	$20
Coseguro	$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$40
El total que Joe pagaría es	**$60**

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

El deducible general del plan	$0
Especialista copago	$10
Hospital (instalaciones) copago	$150
Otro coseguro	20%

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	**$2,800**

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	$0
Copagos	$200
Coseguro	$10
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	**$210**

Nota: Estos números asumen que el paciente utiliza los proveedor dentro de la red AMITA Health, el Centro de Salud UNITE HERE HEALTH – Health Center (Chicago) o ubicaciones gratuitas cuando estén disponibles.

El plan sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.