



## Here's Your Summary of Benefits and Coverage!

Your Summary of Benefits and Coverage (SBC) summarizes your benefits for common medical care. Federal law requires you get the SBC at certain times so you can 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 requiere que usted obtenga el SBC en determinados momentos para que pueda comparar más fácilmente los 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](http://www.uhh.org) or call 1-855-483-4373. 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](http://www.cciio.cms.gov) or call 1-855-483-4373 to request a copy.

Important Questions	Answers	Why This Matters:
What is the overall <a href="#">deductible</a> ?	\$400/individual or \$1,200/family	Generally, you must pay all of the costs from <a href="#">providers</a> up to the <a href="#">deductible</a> amount before this <a href="#">plan</a> begins to pay. If you have other family members on the <a href="#">plan</a> , each family member must meet their own individual <a href="#">deductible</a> until the total amount of <a href="#">deductible</a> expenses paid by all family members meets the overall family <a href="#">deductible</a> .
Are there services covered before you meet your <a href="#">deductible</a> ?	Yes. Outpatient laboratory services furnished by Quest Diagnostics, <a href="#">prescription drugs</a> , vision care, and most <a href="#">network</a> care for office visits, urgent care centers, and <a href="#">preventive care</a> .	This <a href="#">plan</a> covers some items and services even if you haven't yet met the <a href="#">deductible</a> amount. But a <a href="#">copayment</a> or <a href="#">coinsurance</a> may apply. For example, this <a href="#">plan</a> covers certain <a href="#">preventive services</a> without <a href="#">cost-sharing</a> and before you meet your <a href="#">deductible</a> . See a list of covered <a href="#">preventive services</a> at <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
Are there other <a href="#">deductibles</a> for specific services?	No.	You don't have to meet <a href="#">deductibles</a> for specific services.
What is the <a href="#">out-of-pocket limit</a> for this <a href="#">plan</a> ?	\$6,350 individual / \$12,700 family	The <a href="#">out-of-pocket limit</a> is the most you could pay in a year for covered services. If you have other family members in this <a href="#">plan</a> , they have to meet their own <a href="#">out-of-pocket limits</a> until the overall family <a href="#">out-of-pocket limit</a> has been met.
What is not included in the <a href="#">out-of-pocket limit</a> ?	<a href="#">Premiums</a> , <a href="#">balance-billing</a> charges, health care this <a href="#">plan</a> doesn't cover, non-network expenses, vision care, and penalties for failure to obtain <a href="#">prior authorization</a> for services.	Even though you pay these expenses, they don't count toward the <a href="#">out-of-pocket limit</a> .
Will you pay less if you use a <a href="#">network provider</a> ?	Yes. See <a href="http://www.bcbsil.com">www.bcbsil.com</a> or call 1-800-810-2583 for a list of <a href="#">network providers</a> . All transplant & CAR-T services: Fund-designated network must be used or won't be covered; see <a href="http://uhh.org">uhh.org</a> .	This <a href="#">plan</a> uses a provider <a href="#">network</a> . You will pay less if you use a <a href="#">provider</a> in the plan's <a href="#">network</a> . You will pay the most if you use an <a href="#">out-of-network provider</a> , and you might receive a bill from a <a href="#">provider</a> for the difference between the provider's charge and what your <a href="#">plan</a> pays ( <a href="#">balance billing</a> ). Be aware, your <a href="#">network provider</a> might use an <a href="#">out-of-network provider</a> for some services (such as lab work). Check with your <a href="#">provider</a> before you get services.

Do you need a <a href="#">referral</a> to see a <a href="#">specialist</a> ?	No.	You can see the <a href="#">specialist</a> you choose without a <a href="#">referral</a> .
--	-----	--

 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)	
<b>If you visit a health care <a href="#">provider's</a> office or clinic</b>	Primary care visit to treat an injury or illness	\$10 <a href="#">copay</a> /visit; <a href="#">Deductible</a> does not apply	50% <a href="#">coinsurance</a>	No charge at Santa Lucia Medical Group.
	<a href="#">Specialist</a> visit	\$40 <a href="#">copay</a> /visit; <a href="#">Deductible</a> does not apply	50% <a href="#">coinsurance</a>	None.
	<a href="#">Preventive care/screening/immunization</a>	No charge; <a href="#">Deductible</a> does not apply	Not covered	You may have to pay for services that aren't <a href="#">preventive</a> . Ask your <a href="#">provider</a> if the services needed are preventive. Then check what your <a href="#">plan</a> will pay for. Benefits may be denied if the <a href="#">prior authorization</a> program is not followed.
<b>If you have a test</b>	<a href="#">Diagnostic test</a> (x-ray, blood work)	20% <a href="#">coinsurance</a> ; No charge at Quest Diagnostics; <a href="#">Deductible</a> does not apply to services at Quest Diagnostics	50% <a href="#">coinsurance</a>	Benefits may be denied if the <a href="#">prior authorization</a> program is not followed.
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	20% <a href="#">coinsurance</a>	50% <a href="#">coinsurance</a>	Benefits may be denied if the <a href="#">prior authorization</a> program is not followed.
<b>If you need drugs to treat your illness or condition</b> More information about <a href="#">prescription drug coverage</a> is available at <a href="http://www.hospitalityrx.org">www.hospitalityrx.org</a>	Generic and some brand drugs	\$10 <a href="#">copay</a> /prescription (retail); \$20 <a href="#">copay</a> /prescription (mail order); ChroniCare Drugs: \$5 <a href="#">copay</a> /prescription (retail); \$10 <a href="#">copay</a> /prescription (mail order); <a href="#">Deductible</a> does not apply	Not covered	No charge for certain preventive care drugs and supplies. <a href="#">Specialty drugs</a> must be obtained through the specialty mail order pharmacy. Coverage limited to drugs on the <a href="#">formulary</a> , unless <a href="#">formulary</a> exception is approved. Quantity limits, <a href="#">prior authorization</a> requirements, and other cost-containment programs may apply. *See section prescription drug benefits.
	Preferred drugs	\$30 <a href="#">copay</a> /prescription (retail); \$60 <a href="#">copay</a> /prescription (mail order); ChroniCare Drugs: \$10 <a href="#">copay</a> /prescription (retail); \$20 <a href="#">copay</a> /prescription (mail	Not covered	

No charge for covered services at Pacific Cancer Care. See your Summary Plan Description for more information.

\* For more information about limitations and exceptions, see the plan or policy document at [www.uhh.org](http://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)	
		order); <a href="#">Deductible</a> does not apply		
	Non-preferred drugs	\$50 <a href="#">copay</a> /prescription (retail); \$100 <a href="#">copay</a> /prescription (mail order); <a href="#">Deductible</a> does not apply		
	Select <a href="#">specialty drugs</a> and select biosimilars	Generic: \$20 <a href="#">copay</a> /prescription (mail order); Brand: 25% <a href="#">coinsurance</a> (mail order); <a href="#">Deductible</a> does not apply	Not covered	
<b>If you have outpatient surgery</b>	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	20% <a href="#">coinsurance</a>	50% <a href="#">coinsurance</a>	Benefits may be denied if the <a href="#">prior authorization</a> program is not followed.
	Physician/surgeon fees			
<b>If you need immediate medical attention</b>	<a href="#">Emergency room care</a>	20% <a href="#">coinsurance</a>	20% <a href="#">coinsurance</a>	None.
	<a href="#">Emergency medical transportation</a>	20% <a href="#">coinsurance</a>	20% <a href="#">coinsurance</a>	None.
	<a href="#">Urgent care</a>	\$35 <a href="#">copay</a> /visit; <a href="#">Deductible</a> does not apply	50% <a href="#">coinsurance</a>	None.
<b>If you have a hospital stay</b>	Facility fee (e.g., hospital room)			Benefits may be denied if the <a href="#">prior authorization</a> program is not followed.
	Physician/surgeon fees	20% <a href="#">coinsurance</a>	50% <a href="#">coinsurance</a>	
<b>If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services</b>	Outpatient services	\$10 <a href="#">copay</a> /office visit and 20% <a href="#">coinsurance</a> for other outpatient services; <a href="#">Deductible</a> does not apply to office visits	50% <a href="#">coinsurance</a>	Benefits may be denied if the <a href="#">prior authorization</a> program is not followed.
	Inpatient services	20% <a href="#">coinsurance</a>	50% <a href="#">coinsurance</a>	Benefits may be denied if the <a href="#">prior authorization</a> program is not followed.
<b>If you are pregnant</b>	Office visits	\$10 <a href="#">copay</a> /visit; <a href="#">Deductible</a> does not apply	50% <a href="#">coinsurance</a>	No coverage provided for pregnancy of a dependent child other than preventive care. Inpatient benefits may be denied if the <a href="#">prior</a>
	Childbirth/delivery professional	20% <a href="#">coinsurance</a>	50% <a href="#">coinsurance</a>	

No charge for covered services at Pacific Cancer Care. See your Summary Plan Description for more information.

\* For more information about limitations and exceptions, see the plan or policy document at [www.uhh.org](http://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)	
	services			<a href="#">authorization</a> program is not followed if required. <a href="#">Cost sharing</a> does not apply to certain <a href="#">preventive services</a> . Depending on the type of services, a <a href="#">copayment</a> , <a href="#">coinsurance</a> , or <a href="#">deductible</a> may apply. Maternity care may include tests and services described elsewhere in the SBC (i.e. ultrasound).
	Childbirth/delivery facility services	20% <a href="#">coinsurance</a>	50% <a href="#">coinsurance</a>	
If you need help recovering or have other special health needs	<a href="#">Home health care</a>	20% <a href="#">coinsurance</a>	50% <a href="#">coinsurance</a>	Benefits may be denied if the <a href="#">prior authorization</a> program is not followed. Coverage limited to 60 days/year.
	<a href="#">Rehabilitation services</a>	20% <a href="#">coinsurance</a>	50% <a href="#">coinsurance</a>	Benefits may be denied if the <a href="#">prior authorization</a> program is not followed. Coverage limited to 60 visits/year, including up to 30 non-network visits.
	<a href="#">Habilitation services</a>			
	<a href="#">Skilled nursing care</a>	20% <a href="#">coinsurance</a>	50% <a href="#">coinsurance</a>	Benefits may be denied if the <a href="#">prior authorization</a> program is not followed. Coverage limited to 60 days/year.
	<a href="#">Durable medical equipment</a>	20% <a href="#">coinsurance</a>	20% <a href="#">coinsurance</a>	Benefits may be denied if the <a href="#">prior authorization</a> program is not followed.
	<a href="#">Hospice services</a>	No charge; <a href="#">Deductible</a> does not apply	50% <a href="#">coinsurance</a>	Benefits may be denied if the <a href="#">prior authorization</a> 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](#).)

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bariatric surgery (unless <a href="#">medically necessary</a>)</li> <li>• Cosmetic surgery</li> <li>• Dental care (Adult) (may be provided separately)</li> <li>• Dental care (Child) (may be provided separately)</li> <li>• Infertility treatment</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Long-term care</li> <li>• Non-emergency care when traveling outside the U.S.</li> <li>• Private-duty nursing</li> <li>• Routine eye care (Adult) (may be provided separately)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Routine eye care (Child) (may be provided separately)</li> <li>• Routine foot care</li> <li>• Weight loss programs (unless for treatment of morbid obesity under direct supervision of a healthcare professional)</li> </ul> |
|---|---|---|

No charge for covered services at Pacific Cancer Care. See your Summary Plan Description for more information.

\* For more information about limitations and exceptions, see the plan or policy document at [www.uhh.org](http://www.uhh.org).

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

- Acupuncture
- Chiropractic care (limited to \$500/year)
- Hearing aids (limited to \$3,000/3 calendar years)

**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](http://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](http://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 1-855-483-4373, or the Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform).

**Does this plan provide Minimum Essential Coverage? Yes.**

[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 1-855-483-4373.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-855-483-4373.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-855-483-4373.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-855-483-4373.

Pennsylvania Dutch (Deutsch): Fer Hilf griegie in Deutsch, ruf 1-855-483-4373 uff.

Samoan (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-855-483-4373.

Carolinian (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-855-483-4373.

Chamorro (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, a'gang 1-855-483-4373.

*To see examples of how this [plan](#) might cover costs for a sample medical situation, see the next section.*

No charge for covered services at Pacific Cancer Care. See your Summary Plan Description for more information.

\* For more information about limitations and exceptions, see the plan or policy document at [www.uhh.org](http://www.uhh.org).

## 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 <a href="#">plan's</a> overall <a href="#">deductible</a>	\$400
■ <a href="#">Specialist copayment</a>	\$40
■ Hospital (facility) <a href="#">coinsurance</a>	20%
■ Other <a href="#">coinsurance</a>	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*)

<b>Total Example Cost</b>	<b>\$12,700</b>
---------------------------	-----------------

In this example, Peg would pay:

<i>Cost Sharing</i>	
<a href="#">Deductibles</a>	\$400
<a href="#">Copayments</a>	\$20
<a href="#">Coinsurance</a>	\$2,200
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$50
<b>The total Peg would pay is</b>	<b>\$2,670</b>

### Managing Joe's type 2 Diabetes

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

■ The <a href="#">plan's</a> overall <a href="#">deductible</a>	\$400
■ <a href="#">Specialist copayment</a>	\$40
■ Hospital (facility) <a href="#">coinsurance</a>	20%
■ Other <a href="#">coinsurance</a>	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*)

<b>Total Example Cost</b>	<b>\$5,600</b>
---------------------------	----------------

In this example, Joe would pay:

<i>Cost Sharing</i>	
<a href="#">Deductibles</a>	\$0
<a href="#">Copayments</a>	\$800
<a href="#">Coinsurance</a>	\$0
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$20
<b>The total Joe would pay is</b>	<b>\$820</b>

### Mia's Simple Fracture

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

■ The <a href="#">plan's</a> overall <a href="#">deductible</a>	\$400
■ <a href="#">Specialist copayment</a>	\$40
■ Hospital (facility) <a href="#">coinsurance</a>	20%
■ Other <a href="#">coinsurance</a>	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*)

<b>Total Example Cost</b>	<b>\$2,800</b>
---------------------------	----------------

In this example, Mia would pay:

<i>Cost Sharing</i>	
<a href="#">Deductibles</a>	\$400
<a href="#">Copayments</a>	\$90
<a href="#">Coinsurance</a>	\$400
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$0
<b>The total Mia would pay is</b>	<b>\$890</b>

Note: These numbers assume free services at select locations are used when available.





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](http://www.uhh.org) o llame al 1-855-483-4373. 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](http://www.cciio.cms.gov) o llamar a 1-855-483-4373 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> general?	USD \$400/por persona o \$1,200/por familia	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta el <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si usted tiene otros miembros de la familia en el <a href="#">plan</a> , cada miembro de la familia debe cumplir con su propio <a href="#">deducible</a> individual, hasta que el monto total de gastos de <a href="#">deducible</a> pagados por todos los miembros de la familia cumpla con el <a href="#">deducible</a> total por familia.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <a href="#">deducible</a> ?	Sí. Servicios de laboratorio para pacientes ambulatorios proporcionados por Quest Diagnostics, medicamentos con receta, cuidado de la visión y la mayoría de los servicios de atención dentro de la red para visitas a consultorios, centros de atención de urgencias y atención preventiva.	Este <a href="#">plan</a> cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del <a href="#">deducible</a> . Sin embargo, es posible que se aplique un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre algunos <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costos compartidos</a> y antes de que cumpla con su <a href="#">deducible</a> . Vea una lista de <a href="#">servicios preventivos</a> cubiertos en <a href="https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay algún otro <a href="#">deducible</a> por servicios específicos?	No.	No tiene que pagar un <a href="#">deducible</a> por servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este <a href="#">plan</a> ?	USD \$6,350 por persona / \$12,700 por familia	El <a href="#">límite a los gastos directos del bolsillo</a> es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en este <a href="#">plan</a> , tienen que cumplir con sus propios <a href="#">límites de gastos directo del bolsillo</a> hasta que se cumpla el <a href="#">límite de gastos directo del bolsillo</a> total por familia.
¿Qué no incluye el <a href="#">desembolso máximo</a> ?	<a href="#">Primas</a> , <a href="#">cargos por facturación de saldo</a> , atención médica que este <a href="#">plan</a> no cubre, gastos fuera de la red, cuidado de la visión,	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el <a href="#">límite de gastos directos del bolsillo</a> .

	penalidades por no obtener <a href="#">autorización previa</a> para servicios.	
<b>¿Pagará un poco menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red medica</a>?</b>	Sí. Vea <a href="http://www.bcbsil.com">www.bcbsil.com</a> o llame al 1-800-810-2583 para una lista de <a href="#">proveedores dentro de la red</a> . Todos los servicios de trasplante y CAR-T: se debe utilizar la red designada por el fondo o no estarán cubiertos; consulte <a href="http://uhh.org">uhh.org</a> .	Este <a href="#">plan</a> no tiene un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> . Usted pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> del plan. Usted pagará más si acude a un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> , y es posible que reciba una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su <a href="#">plan</a> paga ( <a href="#">facturación del saldo</a> ). Tenga en mente que su <a href="#">proveedor dentro de la red</a> podría utilizar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de obtener servicios.
<b>¿Necesita un referido para ver a un <a href="#">especialista</a>?</b>	No.	Puede acudir al <a href="#">especialista</a> de su preferencia sin <a href="#">un referido</a> .



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)	
<b>Si acude a la oficina o clínica de un <a href="#">proveedor</a> de salud</b>	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$10 <a href="#">copago</a> /visita; El <a href="#">deducible</a> no se aplica	50% <a href="#">coseguro</a>	Sin cargo en Grupo Médico Santa Lucía.
	Visita al <a href="#">especialista</a>	\$40 <a href="#">copago</a> /visita; El <a href="#">deducible</a> no se aplica	50% <a href="#">coseguro</a>	Ninguna.
	<a href="#">Atención preventiva/examen colectivo</a> /vacuna	Sin cargo; El <a href="#">deducible</a> no se aplica	No tiene cobertura	Es posible que usted tenga que pagar por servicios que no sean <a href="#">preventivos</a> . Pregunte a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios necesarios son preventivos. Luego compruebe lo que su <a href="#">plan</a> pagará por el servicio. Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de <a href="#">autorización previa</a> .

Sin cargo por los servicios cubiertos en Pacific Cancer Care. Consulte la descripción resumida de su plan para obtener más información.

\* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [www.uhh.org](http://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)	
<b>Si se realiza un examen</b>	<a href="#">Prueba diagnóstica</a> (radiografía, análisis de sangre)	20% <a href="#">coseguro</a> ; Sin cargo en Quest Diagnostics; El <a href="#">deducible</a> no se aplica a los servicios de Quest Diagnostics	50% <a href="#">coseguro</a>	Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de <a href="#">autorización previa</a> .
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	20% <a href="#">coseguro</a>	50% <a href="#">coseguro</a>	Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de <a href="#">autorización previa</a> .
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección</b> Hay más información disponible acerca de la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> en <a href="http://www.hospitalityrx.org">www.hospitalityrx.org</a>	Medicamentos genéricos y algunos de marca	\$10 <a href="#">copago</a> /receta (venta minorista); \$20 <a href="#">copago</a> /receta (pedidos por correo); ChroniCare Drugs: \$5 <a href="#">copago</a> /receta (venta minorista); \$10 <a href="#">copago</a> /receta (pedidos por correo); El <a href="#">deducible</a> no se aplica	No tiene cobertura	No hay cargo por ciertos medicamentos y suministros de cuidados preventivos. <a href="#">Medicamentos de especialidad</a> deben obtenerse a través de la farmacia especializada de pedidos por correo. La cobertura se limita a los medicamentos en el <a href="#">formulario</a> , a menos que se apruebe una excepción del <a href="#">formulario</a> . Pueden aplicarse límites de cantidad, requisitos de <a href="#">autorización previa</a> y otros programas de contención de costos. *Vea la sección de beneficios de medicamentos con receta.
	Medicamentos preferidas	\$30 <a href="#">copago</a> /receta (venta minorista); \$60 <a href="#">copago</a> /receta (pedidos por correo); ChroniCare Drugs: \$10 <a href="#">copago</a> /receta (venta minorista); \$20 <a href="#">copago</a> /receta (pedidos por correo); El <a href="#">deducible</a> no se aplica	No tiene cobertura	
	Medicamentos no preferidas	\$50 <a href="#">copago</a> /receta (venta minorista); \$100		

Sin cargo por los servicios cubiertos en Pacific Cancer Care. Consulte la descripción resumida de su plan para obtener más información.

\* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [www.uhh.org](http://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)	
		<a href="#">copago</a> /receta (pedidos por correo); El <a href="#">deducible</a> no se aplica		
	<a href="#">Medicamentos de especialidad selectos y biosimilares selectos</a>	Genérico: \$20 <a href="#">copago</a> /receta (pedidos por correo); Marca: 25% <a href="#">coseguro</a> (pedidos por correo); El <a href="#">deducible</a> no se aplica	No tiene cobertura	
<b>Si se somete a una operación ambulatoria</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% <a href="#">coseguro</a>	50% <a href="#">coseguro</a>	Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de <a href="#">autorización previa</a> .
	Honorarios del médico/cirujano			
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	Ninguna.
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	Ninguna.
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	\$35 <a href="#">copago</a> /visita; El <a href="#">deducible</a> no se aplica	50% <a href="#">coseguro</a>	Ninguna.
<b>Si le hospitalizan</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	20% <a href="#">coseguro</a>	50% <a href="#">coseguro</a>	Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de <a href="#">autorización previa</a> .
	Honorarios del médico/cirujano			
<b>Si necesita servicios de salud mental, conductual o abuso de sustancias</b>	Servicios ambulatorios	\$10 <a href="#">copago</a> /visita al consultorio y 20% <a href="#">coseguro</a> por otros servicios de paciente externo; El <a href="#">deducible</a> no se aplica a visitas al consultorio.	50% <a href="#">coseguro</a>	Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de <a href="#">autorización previa</a> .

Sin cargo por los servicios cubiertos en Pacific Cancer Care. Consulte la descripción resumida de su plan para obtener más información.

\* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [www.uhh.org](http://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)	
	Servicios internos	20% <a href="#">coseguro</a>	50% <a href="#">coseguro</a>	Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de <a href="#">autorización previa</a> .
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	\$10 <a href="#">copago</a> /visita; El <a href="#">deducible</a> no se aplica	50% <a href="#">coseguro</a>	No se proporciona cobertura para el embarazo de una hija dependiente aparte del cuidado preventivo. Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de <a href="#">autorización previa</a> . El <a href="#">Costo compartido</a> no se aplica hacia ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> . Dependiendo en el tipo de servicios, puede aplicar un <a href="#">copago</a> , <a href="#">coseguro</a> o <a href="#">deducible</a> . El cuidado de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte en el SBC (por ejemplo, ultrasonido).
	Servicios de parto profesionales	20% <a href="#">coseguro</a>	50% <a href="#">coseguro</a>	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	20% <a href="#">coseguro</a>	50% <a href="#">coseguro</a>	
<b>Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales</b>	<a href="#">Cuidado de la salud en el hogar</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	50% <a href="#">coseguro</a>	Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de <a href="#">autorización previa</a> . Cobertura limitada a 60 días/año.
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	50% <a href="#">coseguro</a>	Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de <a href="#">autorización previa</a> . Cobertura limitada a 60 días/año, incluyendo hasta 30 visitas fuera de la red.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>			
	<a href="#">Cuidado de enfermería especializada</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	50% <a href="#">coseguro</a>	Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de <a href="#">autorización previa</a> . Cobertura limitada a 60 días/año.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de <a href="#">autorización previa</a> .
	<a href="#">Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</a>	Sin cargo; El <a href="#">deducible</a> no se aplica	50% <a href="#">coseguro</a>	Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de <a href="#">autorización previa</a> .
<b>Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista</b>	Examen de la vista pediátrico	No tiene cobertura	No tiene cobertura	Beneficios de la vista pueden ser proveídos por separado.
	Anteojos para niños			
	Chequeo dental pediátrico	No tiene cobertura	No tiene cobertura	Beneficios dentales pueden ser proveídos por separado.

Sin cargo por los servicios cubiertos en Pacific Cancer Care. Consulte la descripción resumida de su plan para obtener más información.

\* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [www.uhh.org](http://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 [medicamento necesaria](#))
- Cirugía cosmética
- Cuidados dentales (Adultos) (pueden ser proveídos por separado)
- Cuidados dentales (Menores) (pueden ser proveídos por separado)
- 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 proveídos por separado)
- 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](#).)**

- Acupuntura
- Cuidados quiroprácticos (limitados a \$500/año)
- Aparatos auditivos (limitados a \$3,000/3 año del calendario)

**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](http://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](http://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 1-855-483-4373, 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](http://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 1-855-483-4373.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-855-483-4373.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-855-483-4373.

Sin cargo por los servicios cubiertos en Pacific Cancer Care. Consulte la descripción resumida de su plan para obtener más información.

\* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [www.uhh.org](http://www.uhh.org).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-855-483-4373.

Pennsylvania Dutch (Deutsch): Fer Hilf griege in Deitsch, ruf 1-855-483-4373 uff.

Samoan (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-855-483-4373.

Carolinian (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-855-483-4373.

Chamorro (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, a'gang 1-855-483-4373.

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

Sin cargo por los servicios cubiertos en Pacific Cancer Care. Consulte la descripción resumida de su plan para obtener más información.

\* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [www.uhh.org](http://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](#) \$400
- [Especialista copago](#) \$40
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) 20%
- 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*)

<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$12,700</b>
-------------------------------	-----------------

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$400
Copagos	\$20
Coseguro	\$2,200
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$50
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$2,670</b>

**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](#) \$400
- [Especialista copago](#) \$40
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) 20%
- 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*)

<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$5,600</b>
-------------------------------	----------------

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$800
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$820</b>

**Fractura simple de Mia**

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$400
- [Especialista copago](#) \$40
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) 20%
- 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*)

<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$2,800</b>
-------------------------------	----------------

**En este ejemplo, Mia pagaría:**

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$400
Copagos	\$90
Coseguro	\$400
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$890</b>

Nota: Estas cifras asumen servicios gratuitos en localidades seleccionadas se utilizan cuando están disponibles.

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