

STARTING SEPTEMBER 1, 2013!

UNITE HERE HEALTH is introducing a new benefit:

## Care Coordinators

HELPING YOU WITH ALL YOUR HEALTHCARE NEEDS



### Call One Number for Help

Care Coordinators are **personal healthcare advisors that are here for you**. They are a team of nurses, patient services representatives, social workers, and benefits experts ready to help you with **ALL your health and benefit questions**.

Starting September 1, you **call one number** to get the answers and support you need! More information coming soon...

### Save Money By Using a Primary Doctor

#### Your In-Network Copays

- |   |                   |
|---|-------------------|
| • Primary Doctor Office Visit   | <b>\$10 Copay</b> |
| • Specialist Office Visit <i>with</i> Primary Doctor Referral/Notification    | <b>\$10 Copay</b> |
| • Specialist Office Visit <i>without</i> Primary Doctor Referral/Notification | \$20 Copay        |
| • Urgent Care Center  | \$20 Copay        |



Pittsburgh Plan 106

Inside—read about all the important changes to your health plan!



*Beginning September 1, 2013, UNITE HERE HEALTH is adding a Care Coordinator Program to your Plan of Benefits.*

## Care Coordinator Program & Benefit Changes

The Care Coordinator Program is intended to help you and your dependents get the most appropriate medical care in the most effective way. Care Coordinators will be available to help you and your dependents identify and manage chronic conditions, reduce unnecessary medical costs, and help you navigate the medical system of doctors, specialists, hospitals, and other providers. The Care Coordinator Program is administered by Coordinated Health/Care.

You will get the phone number to reach the Care Coordinators closer to the September 1 effective date.

**Under the Care Coordinator Program, the following changes will become effective as of Sept. 1, 2013.**

### **Benefits for Network Physician Office Visits**

The following copays apply to network office visits other than office visits primarily for preventive care:

- **If you see a network Primary Care Physician (PCP), you will pay a \$10 copay.** The Plan will pay 100% of the covered services received during the office visit after the \$10 copay.

A PCP is a doctor who specializes in internal medicine, general or family practice, pediatrics, or, if you are pregnant, obstetrics or gynecology.

- **If you see a network specialist, you will pay a \$10 copay for a specialist visit if a PCP refers you to the specialist by contacting the Care Coordinators before the visit.** The Plan will pay 100% of the covered services received during the office visit after the \$10 copay.

While your PCP should contact the Care Coordinator, it is your responsibility to make sure the referral is submitted to Coordinated Health/Care. Once your PCP has contacted the Care Coordinators, the Care Coordinator will send you a letter verifying the specialist referral is in place, and the time period or number of visits requested by your PCP. No further referrals for a particular type of specialist are necessary during the time period or during the number of visits your PCP has requested.

You can also contact the Care Coordinators if you want to make sure your PCP made a referral or check online.

Any PCP, including non-network physicians, may make the referral for a specialist visit.

- **If you see a network specialist, and your PCP does not contact the Care Coordinators before the specialist visit, you will pay a \$20 copay.** The Plan will pay 100% of the covered services received during the office visit after the \$20 copay.

No referrals for a specialist visit are accepted from your PCP after you have seen the specialist.

Although a doctor who specializes in obstetrics or gynecology (OB/GYN) is not considered a PCP unless you are pregnant, a \$10 copay will apply to each network OB/GYN office visit. However, you should encourage your PCP to contact the Care Coordinators if you need to see an OB/GYN.

You may choose to designate a PCP by contacting the Care Coordinators. You can change your PCP designation at any time. If you don't have a PCP, the Care Coordinators

can help you find one. You will receive the highest level of benefits if you choose a network doctor as your PCP. You and each of your dependents can have the same PCP, or can choose different PCPs.

The \$10 and \$20 copays do not apply to podiatrists, chiropractors, physical therapists, occupational therapists, speech therapists, or psychiatrists and licensed clinical social workers, preventive care received from network doctors, or to non-network physician and specialist office visits. Your benefits for these types of providers are not changing. See your Summary Plan Description for more information.

#### **Benefits for Network Urgent Care Centers**

**You will pay a \$20 copay for each visit to a network urgent care center.** The Plan will pay 100% for the covered expenses you receive during your visit to the urgent care center.

#### **New I.D. Cards**

**You will be receiving new Blue Cross Blue Shield I.D. cards in a separate mailing.** The new I.D. cards will have the Care Coordinators' phone number. Make sure you use the new I.D. cards beginning September 1, 2013, when you or your covered dependents receive medical care. Contact the Care Coordinators if you do not receive your new I.D. card by September 1, 2013.

## **Changes to the Medical Management Review Program**

*(Pre-Notification Program)*

**Beginning September 1, 2013, the Medical Management Review program (pre-notification program) will be managed by Coordinated Health/Care.** Coordinated Health/Care will handle pre-notification requests, utilization review, concurrent review, retrospective review, case management, and disease management services.

**You or your doctor must contact Coordinated Health/Care before receiving any of the following services or supplies listed below.** This list replaces the list shown in your Summary Plan Description.

- Inpatient admissions, including skilled nursing facility admissions
  - For all non-emergency confinements, prior to admission;
  - For all emergency or urgent care confinements, the first business day following admission.

For maternity hospitalizations, you must contact the Care Coordinators for any length of stay exceeding:

- 48 hours for the normal delivery of a newborn child; or
- 96 hours for the delivery of a newborn child by caesarean section.

However, it is recommended that you contact the Care Coordinators in advance of a maternity admission, preferably at least 30 days prior to the expected delivery date.



## Medical Management Review *(continued)*

- Diagnostic imaging procedures:

- MRI (Magnetic Resonance Imaging)
- MRA (Magnetic Resonance Angiography)
- PET-Scan (Positron Emission Tomography Scintiscan) and PET-CT

No pre-notification is required for outpatient services and procedures if they are emergency treatment or urgent care treatment and are furnished in a hospital's emergency room.

- Outpatient surgery
- Durable medical equipment rentals or purchases over \$500
- Home healthcare
- Hospice care
- Transplants
- Durable medical equipment rentals or purchases over \$500
- Speech, occupational, and physical therapy
- Oncology services, such as chemotherapy and radiation therapy
- Dialysis
- Genetic testing

Except in emergencies, you should contact the Care Coordinators at least three days before any of the services or supplies listed above are provided. You can also call earlier if you know your doctor has recommended any of these services.

**If you do not notify the Care Coordinators before receiving any of the above services or supplies, the care and services will be reviewed retrospectively.** If the retrospective review determines the services or supplies are not medically necessary, no benefits will be paid for such services or supplies.

If you do not pre-notify the Care Coordinators about a non-emergency admission, or within one business day of an emergency admission, the benefits otherwise payable will be reduced by \$150. However, the \$150 penalty will not apply if it was not reasonable to meet the deadline, and the Care Coordinators were notified as soon thereafter as reasonably possible. See your SPD for more information.

The rules governing pre-notification of services and supplies are described in the "Medical Management Review" section of your Summary Plan Description. Coordinated Health/Care will review your request for pre-notification of the above services and supplies. If your benefits are denied in whole or in part, you may appeal the denial by following the rules described in "Medical Management Review" in your SPD. If you want to file an appeal, you can contact Coordinated Health/Care at:

Coordinated Health/Care  
Attn: Appeals  
1215 Polaris Parkway, Suite 229  
Columbus, OH 43240-2037  
Fax: (877) 498-3681

## Changes to the Case Management Program

The Care Coordinator program also includes case management if you or your covered dependents have a medical condition that is, or is expected to become, catastrophic, chronic or have a high treatment cost. For example, case management may apply to cancer, chronic obstructive pulmonary disease, spinal cord injury, multiple trauma, stroke, head injury, AIDs, multiple sclerosis, severe burns, severe psychiatric disorders, high risk pregnancy, or premature birth. If you are selected to participate in the case management program, the case manager will work with you and your healthcare providers to create and manage your plan of care. The goal is to ensure that your healthcare needs are met while maximizing your outcomes and managing the cost of your care.

You or your healthcare provider may request case management services from the Fund. However, in most cases, the Fund will be actively searching for those cases in which the patient may benefit from case management services, and it will initiate case management services automatically.

The case manager may, at times, make recommendations about alternate methods of treatment or propose alternate services which are medically appropriate but which are more cost-effective for the Fund than the treatment proposed by the patient's doctor. The Fund, at its discretion and sole authority, may approve coverage for those alternatives, even if they would not ordinarily be covered by the Plan of Benefits.

However, in all cases, all treatment decisions rest with you and your doctor.

Participation in the case management program and compliance with its recommendations are voluntary.

## New Disease Management Program

The Care Coordinator program also includes a disease management program for you or your dependents if you have a lifelong, chronic medical condition such as coronary artery disease, congestive heart failure, chronic obstructive pulmonary disease, diabetes and asthma. The disease management program is designed to help you manage your chronic conditions. Care Coordinators help you coordinate care with your healthcare providers, answer questions about your condition, and help you follow your treatment plans.

Care Coordinators may reach out to individuals who may be at high risk for developing a chronic condition to offer similar assistance.

Participation in the disease management program and compliance with its recommendations are voluntary.

**Questions?**

*Call your regional office.*

This announcement constitutes a Summary of Material Modification (SMM) under the Employee Retirement Income Security Act of 1974, as amended, and summarizes recent actions taken by the Board of Trustees of UNITE HERE HEALTH. It describes benefit and administrative changes affecting the information included in your Summary Plan Description (SPD).

**Please read this information carefully, then, keep it with your Summary Plan Description for future reference.**

Except as described in this announcement, the information contained in your SPD, as changed by previous SMMs, continues to apply.

### **Your Plan Is a Grandfathered Health Plan**

UNITE HERE HEALTH believes that your plan is a “grandfathered health plan” under the Patient Protection and Affordable Care Act (the Affordable Care Act). As permitted by the Affordable Care Act, a grandfathered health plan can preserve certain basic health coverage that was already in effect when that law was enacted on March 23, 2010. As a grandfathered plan, your plan must comply with various benefit changes required by the Affordable Care Act, including for example, the elimination of lifetime limits on benefits. However, please note that grandfathered plans are not required to implement all benefit changes provided for in the Affordable Care Act.

If you have questions about which provisions of the Affordable Care Act apply to a grandfathered health plan, which provisions do not, and what actions by the plan might cause it to lose grandfathered status, contact your customer service office or the plan administrator at (800) 419-4373, or mail your questions or complaints to:

Chief Executive Officer, UNITE HERE HEALTH, P.O. Box 6020, Aurora, Illinois 60598-0020

You may also contact the Employee Benefit Security Administration, U.S. Department of Labor at (866) 444-3272 or [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). This website has a table summarizing which protections do or do not apply to grandfathered plans.

UNITE HERE HEALTH • P.O. Box 6020 • Aurora, IL 60598-0020

**UNITE HERE HEALTH considera que su plan es un "plan de salud de derechos adquiridos"** (grandfathered health plan) en virtud de la Ley del Ciudadano de Salud a Bajo Precio y Protección al Paciente (Affordable Care Act). Según lo establecido por la Ley del Ciudadano de Salud a Bajo Precio y Protección al Paciente, los planes de salud de derechos adquiridos pueden mantener ciertas coberturas básicas de salud que ya estaban vigentes cuando se sancionó la ley el 23 de marzo de 2010. Por ser un plan de derechos adquiridos, su plan debe cumplir con varios cambios en los beneficios exigidos por la Ley de Ciudadanos a Bajo Precio, incluyendo por ejemplo la eliminación de los límites de por vida en los beneficios. No obstante, por favor tenga en cuenta que a los planes de derechos adquiridos no se les exige aplicar todos los cambios en los beneficios dispuestos por la Ley del Ciudadano de Salud a Bajo Precio.

Si tiene preguntas sobre qué disposiciones de la Ley del Ciudadano de Salud a Bajo Precio son aplicables a los planes de salud de derechos adquiridos y qué disposiciones no son aplicables o qué acciones del plan podrían determinar que pierda su condición de plan de derechos adquiridos, **póngase en contacto con su oficina de servicios al cliente** o el administrador del plan llamando al (800) 419-4373 o envíe sus preguntas por correo a:

Director General, UNITE HERE HEALTH  
P.O. Box 6020  
Aurora, Illinois 60598-0020

También se puede poner en contacto con la Administración de Seguridad de los Beneficios a los Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos llamando al (866) 444-3272 o ingresando a [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). Esta página de Internet contiene una tabla en la que se resume qué protecciones se aplican o no a los planes de derechos adquiridos.

### Su plan es un plan de salud de derechos adquiridos

Esta notificación constituye un Resumen de las Modificaciones a los Materiales (SMM, por sus siglas en inglés) en conformidad con la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 y sus enmiendas, y describe las últimas decisiones tomadas por el Consejo de Fideicomisarios de UNITE HERE HEALTH. Aquí se describen los cambios administrativos y a los beneficios que afectan la información incluida en la Descripción Resumida del Plan (SPD, por sus siglas en inglés).

**Por favor, lea atentamente esta información atentamente y guárdela junto con su SPD para futura referencia.**

Independientemente de las modificaciones que se describen en este SMM, la información que figura en su Descripción Resumida del Plan y los SMM aplicables continúan vigentes.

## **?Preguntas?** *Llame a la oficina regional.*

El Programa de Coordinación de Cuidados también incluye un programa de administración de enfermedades para usted o sus dependientes si padecen una enfermedad crónica, condición médica crónica como arteriopatía coronaria, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes y asma. El programa de administración de enfermedades fue diseñado para ayudarlo a controlar sus condiciones crónicas. Los coordinadores de cuidados lo ayudan a coordinar la atención con sus proveedores de cuidados de salud, a responder preguntas sobre su condición y a cumplir sus planes de tratamiento. Los coordinadores de cuidados pueden localizar a personas que tengan un alto riesgo de desarrollar una condición crónica para ofrecerle una ayuda similar. La participación en el programa de administración de enfermedades y el cumplimiento de sus recomendaciones son voluntarios.

## **Nuevo programa de administración de enfermedades**

No obstante, en todos los casos, todas las decisiones de tratamiento dependen en última instancia de usted y su médico. La participación en el programa de administración de casos y el cumplimiento de sus recomendaciones son voluntarios.

El Programa de Coordinación de Cuidados también incluye la administración de casos si usted o sus dependientes cubiertos padecen una condición médica que es, o se espera que sea, catastrófica, crónica o que tiene un costo muy alto de tratamiento. Por ejemplo, la administración de casos se puede aplicar a casos de: cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, lesiones en la médula espinal, traumatismos múltiples, accidente cerebrovascular, lesiones en la cabeza, SIDA, esclerosis múltiple, quemaduras graves, trastornos psiquiátricos graves, embarazo de alto riesgo o nacimiento prematuro. Si usted es seleccionado para participar en el programa de administración de casos, el administrador del caso trabajará con usted y con sus proveedores de cuidados de salud para crear y administrar su plan de cuidados. El objetivo es garantizar que se satisfagan sus necesidades de cuidado y, al mismo tiempo, maximizar sus resultados y administrar los costos de sus cuidados. Usted o su proveedor de cuidados de salud pueden solicitar el servicio de administración de casos al Fondo. Sin embargo, en la mayoría de los casos, el Fondo buscará activamente aquellos casos en los que los pacientes se puedan ver beneficiados por los servicios de administración de casos e iniciará los servicios automáticamente. El administrador del caso puede, en algunas ocasiones, hacer recomendaciones sobre métodos o tratamientos alternativos o proponer servicios alternativos que sean médicamente adecuados pero más efectivos en términos de costos para el Fondo que el tratamiento propuesto por el médico del paciente. El Fondo, a su discreción y autoridad exclusiva, puede aprobar la cobertura para dichas alternativas, incluso si normalmente no serían cubiertas por el Plan o los beneficios.

## **Cambios al programa de administración de casos**



## Administración médica revisión (seguido)



- Procedimientos de diagnóstico por imágenes:

–IRM (Imagen por Resonancia Magnética)

–ARM (Angiografía por Resonancia Magnética)

–Examen TEP (Tomografía por Emisión de Positrones) y TEP-TC.

No se requiere notificación previa para servicios y procedimientos ambulatorios si forman parte de tratamientos de emergencia o tratamientos de cuidados urgentes y son prestados en una sala de emergencias de hospital.

• Cirugía ambulatoria

• Alquileres o compras de equipos médicos duraderos que excedan los \$500

• Cuidado de la salud en el hogar

• Cuidados de hospicio

• Trasplantes

• Alquileres o compras de equipos médicos duraderos que excedan los \$500

• Terapia física, ocupacional y del habla

• Servicios de oncología como quimioterapia y terapia de radiación

• Diálisis

• Análisis genéticos

Excepto en casos de emergencia, usted debe comunicarse con los coordinadores de cuidados al menos tres días antes de recibir cualquiera de los servicios o suministros mencionados anteriormente. También puede llamar con anterioridad si sabe que su médico ha recomendado cualquiera de los servicios mencionados.

**Si usted no notifica a los coordinadores de cuidados antes de recibir cualquiera de los servicios o suministros mencionados anteriormente, se revisarán los cuidados y servicios en forma retrospectiva. Si la revisión retrospectiva determina que los servicios y suministros no son médicamente necesarios, no se pagará ningún beneficio por dichos servicios o suministros.**

Si usted no notifica con anterioridad a los coordinadores de cuidados las admisiones que no son de emergencia o dentro del día hábil las admisiones de emergencia, los beneficios que de otro modo serían pagaderos se reducirán en \$150. No obstante, la multa de \$150 no se aplicará si no era razonablemente posible cumplir ese plazo y si los coordinadores de cuidados fueron notificados lo antes posible dentro de lo razonable. Consulte la SPD para más información.

Las normas que rigen la notificación previa de servicios y suministros se describen en la sección "Revisión de la Administración Médica" de su Descripción Resumida del Plan. Coordinated Health/Care revisará su solicitud de notificación previa de los servicios y suministros mencionados anteriormente. Si sus beneficios se deniegan, ya sea en forma total o parcial, usted puede apelar la denegación siguiendo las normas que figuran en la sección "Revisión de la Administración Médica" de su SPD. Si desea presentar una apelación, puede contactarse con Coordinated Health/Care:

Coordinated Health/Care  
Attn: Apelaciones  
1215 Polaris Parkway, Suite 229  
Columbus, OH 43240-2037  
Fax: (877) 498-3681

## Cambios al programa de revisión de la administración médica

*(Programa de notificación previa)*

**A partir del 1 de septiembre de 2013, el Programa de Revisión de la Administración Médica (programa de notificación previa) será administrado por Coordinated Health/Care. Coordinated Health/Care controlará las solicitudes de notificaciones previas, la revisión de uso, la revisión concurrente, la revisión retrospectiva, la administración de casos y los servicios de administración de enfermedades.**

**Usted o su médico deben contactarse con Coordinated Health/Care antes de recibir cualquiera de los servicios o suministros que se mencionan a continuación.**

Esta lista reemplaza a la lista que figura en su Descripción Resumida del Plan.

- Admisiones hospitalarias, incluyendo admisiones para el centro de cuidados especializados

—Antes de la admisión para todas las internaciones que no sean de urgencia;

—Para todas las internaciones de emergencia o de cuidados urgentes, el primer día laboral siguiente a la admisión.

Para hospitalizaciones por maternidad, usted debe comunicarse con los coordinadores de cuidados por cualquier estado que exceda las:

—las 48 horas para un parto normal; o

—las 96 horas para un parto por cesárea.

Sin embargo, se recomienda que se comunique con los coordinadores de cuidados antes de la hospitalización por maternidad, preferentemente como mínimo 30 días antes de la fecha de parto esperada.

cada visita a consultorio de OB/GIN de la red. No obstante, usted debe promover que su PCP se comunique con los coordinadores de cuidados si necesita consultar a un OB/GIN. Puede optar por elegir un PCP comunicándose con los coordinadores de cuidados. Puede cambiar su PCP en cualquier momento. Si usted no cuenta con un PCP, los coordinadores de cuidados pueden ayudarlo a encontrar uno. Usted obtendrá el mayor nivel de beneficios si elige un médico de la red como su PCP. Usted y cada uno de sus dependientes pueden tener el mismo PCP, o pueden elegir otro PCP.

Los copagos de \$ 10 y \$ 20 no se aplican a servicios prestados por podiatras, quiroprácticos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedía o psiquiatras y trabajadores sociales licenciados, a cuidados preventivos prestados dentro de la red o prestados por médicos que no son de la red y a visitas a consultorios de especialistas. Sus beneficios para estos tipos de proveedores no cambian. Para obtener más información, consulte su Descripción Resumida del Plan.

### Beneficios para Centros de Cuidados Urgentes de la red

**Usted pagará un copago de \$20 por cada visita que realice a centros de cuidados urgentes de la red.** Plan pagará el 100% de los servicios cubiertos que reciba durante su estadía en el centro de cuidados urgentes.

### Nuevas tarjetas de identificación

**Le enviaremos las nuevas tarjetas de identificación de Blue Cross Blue Shield en un correo por separado.**

Las nuevas tarjetas de identificación tendrán el número telefónico del coordinador de cuidados. Asegúrese de utilizar la nueva tarjeta de identificación a partir del 1 de septiembre de 2013 cuando usted o sus dependientes cubiertos reciban atención médica. Comuníquese con el coordinador de cuidados si no recibe su nueva tarjeta de identificación antes del 1 de septiembre de 2013.



**A partir del 1 de septiembre de 2013, UNITE HERE HEALTH agrega el Programa de Coordinación de Ciudadanos a sus beneficios del Plan.**

## Programa de coordinación de ciudadanos y cambios en los beneficios

El Programa de Coordinación de Ciudadanos intenta ayudar a usted y a sus dependientes a obtener los cuidados médicos más adecuados de la manera más efectiva. Los coordinadores de ciudadanos estarán disponibles para ayudar a usted y a sus dependientes a identificar y manejar enfermedades crónicas, a reducir los costos médicos innecesarios y también ayudarlo a navegar por el sistema de médicos, especialistas, hospitales y otros proveedores. El Programa de Coordinación de Ciudadanos es administrado por Coordinated Health/Care.

Usted recibirá el número telefónico para comunicarse con los coordinadores de ciudadanos cuando se aproxime el 1 de septiembre, fecha de inicio del Programa.

Junto al Programa de Coordinación de Ciudadanos, **entrarán en vigencia los siguientes cambios a partir del 1 de septiembre de 2013.**

### Beneficios para visitas a consultorios médicos de la red

Se aplican los siguientes copagos a las visitas a consultorios médicos de la red, excepto a visitas a consultorios para recibir principalmente cuidados preventivos:

- **Si usted consulta a un médico de atención primaria (PCP) de la red, pagará un copago de \$10.** El Plan pagará el 100% de los servicios cubiertos recibidos durante la visita al consultorio después de un copago de \$10.
- **Un PCP es un médico especializado en medicina interna, medicina familiar o pediatría, o si usted está embarazada, un médico especializado en obstetricia o ginecología.**
- **Si usted consulta a un especialista de la red, pagará un copago de \$10 si un PCP lo remite a un especialista**

- **Si usted consulta a un especialista de la red y su PCP no se comunica con los coordinadores de ciudadanos antes de la consulta, pagará un copago de \$20.** El Plan pagará el 100% de los servicios cubiertos recibidos durante la visita al consultorio después de un copago de \$20.

Cualquier PCP, incluso los médicos que no pertenecen a la red, puede realizar la remisión para que consulte a un especialista. Usted también puede comunicarse con los coordinadores de ciudadanos si desea asegurarse de que su PCP haya realizado la remisión o lo puede verificar online.

**a través de los coordinadores de ciudadanos antes de la consulta.** El Plan pagará el 100% de los servicios cubiertos recibidos durante la visita al consultorio después de un copago de \$10.

Mientras es su PCP quien debe contactar al coordinador de ciudadanos, un coordinador de ciudadanos le enviará una carta para verificar que la remisión está lista y para informarle la cantidad de tiempo o el número de visitas que solicitó su PCP. No se necesitan más remisiones para consultar a un tipo particular de especialista durante la cantidad de tiempo o durante el número de visitas que solicitó su PCP. Se ha contactado con los coordinadores de ciudadanos, es su responsabilidad asegurarse de que se presente la remisión ante Coordinated Health/Care. Una vez que su PCP se ha contactado con los coordinadores de ciudadanos, un coordinador de ciudadanos le enviará una carta para verificar que la remisión está lista y para informarle la cantidad de tiempo o el número de visitas que solicitó su PCP. No se necesitan más remisiones para consultar a un tipo particular de especialista durante la cantidad de tiempo o durante el número de visitas que solicitó su PCP.

No se aceptan remisiones para consultas a especialistas por parte de su PCP luego de que usted haya consultado al especialista.

Aunque los médicos que se especializan en obstetricia o ginecología (OB/GYN) no se consideran PCP, salvo que usted esté embarazada, se aplicará un copago de \$10 a

# Coordinadores de cuidados de salud

PARA AYUDARLE CON TODAS SUS NECESIDADES  
RELACIONADAS CON LA SALUD

UNITE HERE HEALTH presenta un nuevo beneficio:

**Ellos pueden ayudar con:**

- ¿Qué se cubre?
- Buscar médicos
- Tarjetas de identificación
- Orientación en cuidados de enfermería
- Preguntas sobre medicamentos
- Indicaciones del médico/hospital
- Reclamos y facturación
- Y más

Sus coordinadores de cuidados de salud



**Llame a un número para que lo atiendan**

Coordinadores de Cuidado son **los asesores personales**

**de salud que están a su disposición.** Ellos son un equipo

de enfermeras, representantes de los servicios de pacientes,

trabajadores sociales y expertos de beneficios de salud listos

para ayudarle con **todas sus preguntas.**

A partir del 1 de septiembre puede **llamar a un número**

para obtener todas las respuestas y la ayuda que necesita.

Próximamente, más información...



**Interior—informese acerca de todos los cambios importantes introducidos en su plan de salud**

- Visita al consultorio médico de atención primaria
  - Visita a un médico especialista *con* remisión/notificación del médico de atención primaria
  - Visita a un médico especialista *sin* remisión/notificación del médico de atención primaria
  - Centro de atención de urgencias
- Copago \$10
- Copago \$10
- Copago \$20
- Copago \$20

Sus copagos dentro de la red

**atención primaria**

**Ahorre dinero utilizando un médico de**