



LIBRO DE CO-PAGOS PARA GOLD PLUS



HOSPITALITY PLAN
— UNITE HERE HEALTH —

711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504

855-405-3863

www.uhh.org/hospitality

Efectivo a partir del 1 de enero de 2019 (revisado 14 de marzo de 2019)

Este libro muestra los copagos para los
beneficios Dentro de la Red.

Para más información sobre los
**beneficios Fuera de la Red, por favor revise
su Descripción Resumida del Plan (SPD, por
sus siglas en inglés) ó llame al 855-405-3863.**

TABLA DE CONTENIDOS

4	Servicios Preventivos
5	Servicios en el Consultorio Médico
6	Servicios en el Consultorio Médico (continuado)
7	Recetas Médicas Centro Quirúrgico Ambulatorio
8	Terapia en una Instalación de Pacientes Ambulatorios Servicios en un Centro Independiente
9	Servicios Hospitalarios para Pacientes ambulatorios
10	Servicios Hospitalarios para Pacientes ambulatorios (continuado) Ambulancia Sala de Emergencias en comparación a Urgent Care
11	Hospital Dentro de la Red (de internados) Salud Mental y Adicciones
12	Cuidado del Seno en un Centro Independiente Otros Servicios
13	Otros Servicios (continuado)

Tipo de Atención	Servicios	Copago por Consulta	Coseguro	El Plan Paga	Beneficio Máximo	Otra Información
<p>El máximo de la cantidad anual que usted debe pagar de su bolsillo en copagos y coseguro es \$2,000 por persona o \$6,000 por familia para servicios médicos y \$1,600 por persona o \$3,200 por familia para servicios de recetas médicas. (Excluye copagos dentales)</p>						
Servicios Preventivos	Inmunizaciones para adultos (apropiados para la edad) y menores (recién nacidos a 18 años)	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	<p>Para una lista completa de los servicios preventivos cubiertos bajo la Ley de Cuidados de Salud Asequibles visite http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations-by-date/</p> <p>También puede contactar a Servicio al Cliente al 855-405-3863 si tiene preguntas.</p>
	Exámenes para bebé/niño saludable (recién nacidos a 21 años)					
	Chequeo médico preventivo anual					
	Asesoría nutricional					
	Examen de osteoporosis (mujeres de 65 años o mayores)					
	Mamografía (mujeres de 40 años o mayores); cada 1-2 años					
	Chequeo para mujer sana					
	Colonoscopia y sigmoidoscopia (de 50 a 74 años)					

Tipo de Atención	Servicios	Copago por Consulta	Coseguro	El Plan Paga	Beneficio Máximo	Otra Información	
Servicios en el Consultorio Médico	Médico de cabecera	\$20	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después de dar su copago	Ningún máximo en el beneficio	Ninguna otra información.	
	Doctor on demand	\$15					
	Especialista	\$40					
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio		
	Inyección						
	Tratamiento vía intravenosa						
	Pulmonary treatment						
	Prueba pulmonar	\$20	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después de dar su copago	12 visitas por año		
	Quiropráctico						
	Centros urgent care (cuidados urgentes)						\$40
	Rayo-X/ultrasonido						\$20
	Radiología-PET/ PET CT	\$150 por visita	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después de dar su copago	Ningún máximo en el beneficio		
Laboratorio	\$20						

Tipo de Atención	Servicios	Copago por Consulta	Coseguro	El Plan Paga	Beneficio Máximo	Otra Información
Servicios en el Consultorio Médico (continuado)	Oftalmólogo/ optometrista (examen de la vista)	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	Cubierto bajo el plan de visión. La cobertura para lentes y armazones está anotada en la sección "Otros Servicios" de este libro.
	Quimioterapia	\$20	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Ningún máximo en el beneficio	Ninguna otra información.
	Radioterapia	\$0	20% de coseguro	80% de los cobros permitidos		
	Examen auditivo y del habla	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos		
	Prueba de alergias					
	Inmunoterapia para alergias					
	Cirugía en el consultorio médico					
	Estudios de conducción nerviosa					
	Manejo de diálisis					
	Todos los otros procedimientos en el consultorio					
	Estudios del sueño en el consultorio del doctor	\$0	20% de coseguro	80% de los cobros permitidos		

Tipo de Atención	Servicios	Copago por Consulta	Coseguro	El Plan Paga	Beneficio Máximo	Otra Información
Recetas Médicas	Medicamentos Genéricos de Nivel 1	\$5	Ningún coseguro	100% después del copago	Ningún máximo en el beneficio	Para obtener una lista completa de las farmacias comerciales incluidas en la Red, contacte a Hospitality Rx al 844-813-3860.
	Medicamentos de Marca de Nivel 2 <i>en la lista aprobada</i>	\$30	Ningún coseguro	100% después del copago	Ningún máximo en el beneficio	Para obtener una lista completa de las farmacias comerciales incluidas en la Red, contacte a Hospitality Rx al 844-813-3860. Se requiere autorización previa (aprobación).
	Medicamentos Orales de Marca para la Diabetes, Insulina, y Suministros <i>en la lista aprobada</i>	\$15				
	Medicamentos Genéricos Especiales o Biosimilares <i>en la lista aprobada</i>	\$5	25% de los cobros permitidos	100% después del copago	Ningún máximo en el beneficio	Ninguna otra información.
	Medicamentos Especiales o Biosimilares de Marca <i>en la lista aprobada</i>	\$0	25% de los cobros permitidos	75% de los cobros permitidos		
Centro Quirúrgico Ambulatorio	Cirugía	\$150	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Ningún máximo en el beneficio	Ninguna otra información.

Tipo de Atención	Servicios	Copago por Consulta	Coseguro	El Plan Paga	Beneficio Máximo	Otra Información
Terapia en una Instalación de Pacientes Ambulatorios (No en un hospital)	Terapia física y ocupacional	\$20	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	60 visitas por año, combinadas	El máximo en las visitas aplica para cuidado dentro y fuera de la red.
	Terapia del habla	\$20	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	30 visitas por año	
Servicios en un Centro Independiente (No en un hospital)	Laboratorio	\$20	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Ningún máximo en el beneficio	Ninguna otra información.
	Rayo-X/ultrasonido					
	Estudio CT, MRI, MRA, PET	\$150				
	Diálisis	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	Algunos servicios requieren autorización previa (aprobación).
	Estudios del sueño	\$0	20% de coseguro	80% de los cobros permitidos		
	Rehabilitación cardíaca/pulmonar					
	Mamografía	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	Ninguna otra información.

Tipo de Atención	Servicios	Copago por Consulta	Coseguro	El Plan Paga	Beneficio Máximo	Otra Información
Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios	Laboratorio sólo para servicios hospitalarios preoperatorios o de diagnóstico	\$80	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Ningún máximo en el beneficio	Algunos servicios requieren autorización previa (aprobación).
	Rayo-X/ultrasonido	\$80				
	Estudio MRI, MRA, CT PET y combinación de PET/CT	\$250				
	Diálisis	\$0	20% de coseguro (máximo de \$200 por visita)	80% de los cobros permitidos y 100% de los cobros permitidos después de un máximo de \$200 por visita	Ningún máximo en el beneficio	Ninguna otra información.
	Terapia física y ocupacional	\$40	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	60 visitas por año, combinadas	El máximo en las visitas aplica para cuidado dentro y fuera de la red combinados. Algunos servicios requieren autorización previa (aprobación).
	Terapia del habla	\$40	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	30 visitas por año	
	Rehabilitación cardíaca/pulmonar	\$0	20% de coseguro	80% de los cobros permitidos		

Tipo de Atención	Servicios	Copago por Consulta	Coseguro	El Plan Paga	Beneficio Máximo	Otra Información
Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios (continuado)	Cirugía para Pacientes Ambulatorios	\$250	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Ningún máximo en el beneficio	Algunos servicios requieren autorización previa (aprobación).
	Educación sobre la diabetes	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos		
	Estudio del sueño	\$0	20%	80% de los cobros permitidos		
	Otros servicios hospitalarios para pacientes externos	\$0	20%	80% de los cobros permitidos		
Ambulancia	Por tierra	\$150 por viaje	Ningún coseguro	100% después del copago	2 viajes por año	Ninguna otra información.
	Aérea					
Sala de Emergencias en comparación a Urgent Care	Sala de emergencias	\$150 por visita	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago, incluyendo todo servicio de la Sala de Emergencias que se cubra, además de análisis de laboratorio y rayos-x	Ningún máximo en el beneficio	Consejo: Por favor vaya a un centro Urgent Care por problemas que no sean de vida o muerte. El copago se anula si es hospitalizado debido a cuidado en la sala de emergencias.
	Sala de emergencias de un hospital para servicios de cuidado de rutina	\$0	50% de coseguro	50% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	Consejo: Por favor vaya a un centro urgent care por problemas que no sean de vida o muerte.
	Centros urgent care (cuidados urgentes)	\$40 por visita	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Ningún máximo en el beneficio	Ninguna otra información.

Tipo de Atención	Servicios	Copago por Consulta	Coseguro	El Plan Paga	Beneficio Máximo	Otra Información
Hospital Dentro de la Red (de internados)	Hospitalización	\$250 por día hasta un máximo de \$750	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Ningún máximo en el beneficio	Algunos servicios quizás requieran autorización previa. Consejo: llame a UNITE HERE HEALTH al 855-405-3863 para asegurarse que su hospital está dentro de la red BCBS.
	Obstetricia					
	Centro de enfermería especializada	\$250 por día hasta un máximo de \$750	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Ningún copago después de una hospitalización de 30 días por año	
	Rehabilitación para pacientes internados	\$250 por día hasta un máximo de \$750	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Ningún máximo en el beneficio	
	Cirugía/anestesia	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos		
Salud Mental y Adicciones	Terapia para pacientes ambulatorios	\$40	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Ningún máximo en el beneficio	Algunos servicios quizás requieran autorización previa. Llame a UNITE HERE HEALTH al 855-405-3863.
	Pacientes internados	\$250 por día, hasta un máximo de \$750				
	Tratamiento en centro residencial					
	Internación parcial en hospital	\$40 por día, hasta un máximo de \$750 por episodio de cuidado				
	Programa intensivo para pacientes ambulatorios					

Tipo de Atención	Servicios	Copago por Consulta	Coseguro	El Plan Paga	Beneficio Máximo	Otra Información	
Cuidado del Seno en un Centro Independiente*	Preventivo (mamografía anual)	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	Ninguna otra información.	
	Vistas adicionales - Mamografía						
	Mamografía diagnóstica	\$20	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Ningún máximo en el beneficio		
	Ultrasonido del seno	\$20					
	Resonancia magnética del seno	\$150					
	Biopsia del seno guiada por aguja bajo un ultrasonido	\$150					
	*Biopsia del seno guiada por aguja bajo un ultrasonido cuando se hace en el consultorio del doctor	\$150					
Biopsia del seno guiada por aguja bajo una tomografía	\$150						
Otros Servicios	Cuidado domiciliario	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos	Beneficio máximo de 30 días por año de calendario	El máximo en el límite de las visitas aplica para cuidado dentro y fuera de la red, combinado.	
	Terapia de infusión a domicilio	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	Ninguna otra información.	
	Centro para enfermos terminales						

Tipo de Atención	Servicios	Copago por Consulta	Coseguro	El Plan Paga	Beneficio Máximo	Otra Información
Otros Servicios (continuado)	Calzado para diabéticos	\$0	25% de coseguro	75% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	Ninguna otra información.
	Sostenes postmastectomía	\$0	25% de coseguro	75% de los cobros permitidos	6 por año	
	Medias de compresión	\$0	25% de coseguro	75% de los cobros permitidos	Beneficio máximo de 12 pares por año	Las medias de compresión hechas a la medida requieren autorización previa (aprobación), si el costo es arriba de \$500.
	Plantillas ortopédicas	\$0 por par	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos	\$500 máximo por persona cada 24 meses	No hay beneficio fuera de la red.
	Equipo médico duradero y suministros médicos	\$0	25% de los cobros permitidos	75% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	Autorización Previa (aprobación) se requiere para artículos de más de \$500.
	Nutrición enteral	\$0	Ningún coseguro	Reembolso del 100%	Ningún máximo en el beneficio	Mismo beneficio para los servicios fuera de la red. Se requiere revisión médica.
	Aparatos prostéticos y ortopédicos	\$0	20% de los cobros permitidos	80% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	Autorización Previa (aprobación) se requiere, si es mayor de \$500.
	Anteojos y armazones	\$25	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago un máximo de \$175 aplicará a los armazones	Cada 12 meses	Cubierto bajo el plan de visión.
	Lentes de contacto (en lugar de lentes regulares)	Hasta \$50 por examen	Ningún coseguro	\$175 máximo permitido	Cada 12 meses	



HOSPITALITY PLAN

— UNITE HERE HEALTH —

711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504
855-405-3863
www.uhh.org/hospitality

