

Resumen de Beneficios

Plan 105
Clase I y Clase II

UNITE HERE HEALTH: Su fondo de salud!

www.uhh.org • (866) 261-5676

¡Llame a Servicios a los miembros si tiene preguntas sobre los beneficios o si necesita ayuda para encontrar un médico!

¡Obtenga acceso las 24 horas, los 7 días de la semana a sus beneficios y más!

- Portal de miembros: www.uhh.org/member
- Aplicación móvil: escanear el código QR



iPhone



Android

Su red de BCBS depende del lugar donde vive...

¡Encuentre un médico cerca de usted!!

Sólo para residentes de NJ: su red es Horizon Direct Access (visite doctorfinder.horizonblue.com)

Todos los demás: su red es BlueCard PPO (visite provider.bcbs.com)

Otra información de contacto importante

Autorización previa

Para diagnóstico por imágenes, cardiología, radioterapia y pruebas genéticas

eviCore
(866) 496-6200

Para todos los demás servicios médicos

Horizon
(866) 899-0626

Medicamentos recetados (Hospitality Rx)

Busque una farmacia de la red u obtenga autorización previa para farmacia

(844) 813-3860
hospitalityrx.org

Pedidos por correo postal (WellDyneRx)

(844) 813-3860

Medicamentos especializados (WellDyne Specialty Pharmacy)

(800) 373-1879

Delta Dental of Illinois

(800) 323-1743
deltadentalil.com

Davis Vision

(800) 999-5431
davisvision.com



¿Necesita ver a un médico EN ESTE MOMENTO?

¡Su beneficio de telemedicina ofrece atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana con un copago de \$0!



Escanee el código QR para descargar la aplicación móvil de Amwell.

- Necesitará una "clave de servicio" (ingrese: **UHH**)
- Seleccione su seguro: Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey
- Ingrese su identificación de suscriptor (la identificación de miembro de su tarjeta de identificación de Horizon BCBS)

También puede llamar a Amwell: (844) 733-3627.

Acerca de su cobertura:

El plan proporciona dos niveles de beneficios—Clase I y Clase II—cada uno determinado por los días/horas de trabajo que se le acreditan durante un período de trabajo. La cobertura para sus dependientes está disponible sin costo para usted.

UNITEHERE
HEALTH

Beneficios Médicos

Vigente 7/1/2023

MÉDICO	En los proveedores de la red, usted paga...					
Deducible	Clase I			Clase II		
	\$0			\$0		
Visitas a la Clínica y Laboratorios	Clase I			Clase II		
Atención Preventivo <i>Ciertas pruebas y exámenes de rutina como colonoscopias y mamografías; se pueden aplicar límites</i>	\$0			\$0		
Atención Primaria en Grupos Médicos Designados y el Union Health Center	\$0			\$0		
Atención Primaria en otros proveedores	\$20			\$20		
Servicios Cubiertos proporcionados por el Union Health Center	\$0			\$0		
Amwell (telesalud)	\$0			\$0		
Visitas de Salud Mental/Abuso de Sustancias	\$20			\$20		
Visitas al Especialista	\$30			\$30		
Servicios de Laboratorio	Otro lugar que no sea hospital \$20	En hospital \$40		Otro lugar que no sea hospital \$20	En hospital \$40	
Radiología (radiografía, ultrasonido)	Otro lugar que no sea hospital \$30	En hospital \$75		Otro lugar que no sea hospital \$30	En hospital \$75	
Servicios de Atención de Urgencia	Clase I			Clase II		
Centro de Atención de Urgencias	\$50/visita			\$50/visita		
Servicios de la Sala de Emergencias	\$200/visita			\$200/visita (el Plan paga hasta \$900/visita)		
Ambulancia	\$100/viaje			\$150/viaje		
Servicios con Hospitalización (cargos de las instalaciones)	Clase I			Clase II		
Hospitalización (incluyendo tratamiento residencial)	\$50/día			El Plan paga hasta \$2,500/admisión		
Instalaciones de Enfermería Especializada	\$0					
Servicios Ambulatorios	Clase I			Clase II		
Pruebas Cardíacas y Diagnóstico por Imagen (CAT/CT, MRI, escáner TEP, etc.)	Otro lugar que no sea hospital \$50	En hospital \$100		Otro lugar que no sea hospital \$50	En hospital \$100	
Cirugía	Otro lugar que no sea hospital \$30	En hospital \$75		Otro lugar que no sea hospital/En hospital \$100 (el Plan paga hasta \$900/visita)		
Reemplazo de rodilla y cadera, cirugía de pérdida de peso (Bariátrica) *Llame al (914) 677-1601 o visite uhh.org/mtsinai	En un Centro de Excelencia (COE) del Fondo* \$0	No COE 50% (se aplican excepciones)		No corresponde		
Terapia Física, del Habla y Ocupacional	\$30			\$30		
Quimioterapia/Terapia de Infusión	En el Hogar \$0	Consultorio o centro de infusión \$30	En hospital \$75	En el Hogar \$0	Consultorio o centro de infusión \$30	En hospital \$75
Terapia de Radiación	\$30			\$30		
Diálisis Renal	\$0			\$0		
Otros Cuidados y Gastos						
Podiatría de Rutina (4-visitas máximo/persona/año calendario)	\$30			\$30		
Ortopedia Podiátrica (por persona/año calendario)	\$500 máximo			No tiene cobertura		
Acupuntura; Cuidado Quiropráctico (Máximo de 24 visitas/persona/año calendario para cada uno)	\$20			\$20		
Educación sobre la Diabetes	\$0			\$0		

Beneficios Médicos y de Prescripción

Otros Cuidados y Gastos	Clase I	Clase II	
Asesoría Nutricional (4-visitax máximo/persona/año calendario)	\$0	\$0	
Equipo Médico para Uso en el Hogar (DME)	20%	No tiene cobertura	
Aparatos auditivos (solo dispositivo)	\$3,000 reembolso máximo cada 3 años calendario	No tiene cobertura	
Servicios del Cuidado de la Salud en el Hogar	\$0	\$0	
Servicios de Hospicio	\$0	\$0	
Todos los Demás Gastos Cubiertos	20%	No tiene cobertura	
Límite de Gastos de Bolsillo	\$5,000 individual/\$10,000 familia	\$6,600 individual/\$13,200 familia	
Cobertura Fuera de la Red	Clase I	Clase II	
Deducible	\$400/individual y \$1,000/familia (sin deducible cuando usted permanece dentro de la red)	NO tiene cobertura (excepto transporte en ambulancia y servicios de emergencia)	
Servicios Fuera de la Red	50% después del deducible		
Servicios Fuera de la Red que NO están cubiertos	Atención médica preventiva, cuidado quiropráctico, acupuntura, podiatría de rutina, centro de enfermería especializada, educación sobre la diabetes, asesoría nutricional, equipo médico duradero, ortopedia podiátrica, y estudios del sueño		
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS			
Su fondo de salud manejará directamente sus beneficios farmacéuticos y demedicamentos prescritos bajo el nombre de "Hospitality Rx."			
Clase I	En los proveedores de la red, usted paga...		
Beneficios de medicamentos recetados del formulario	Farmacia minorista hasta un suministro de 34 días	Farmacia de pedidos por correo postal hasta un suministro de 60 días	
Ciertos medicamentos preventivos	\$0		
Medicamentos genéricos y algunos de marca	\$10		
Medicamentos de preferencia	\$20		
Medicamentos que no sean de preferencia	\$50		
Medicamentos especializados selectos y biosimilares selectos*	No cubiertos	Genéricos \$10	De marca 25%
Medicamentos y suministros recetados que no se encuentran en el formulario	No cubiertos, a menos que se apruebe una excepción		
Límite de Gastos de Bolsillo	\$1,600 individual/\$3,200 familia		
* Los medicamentos especializados solo están disponibles a través de la farmacia especializada de pedidos por correo postal. Sin embargo, si toma medicamentos especializados como parte de su plan de tratamiento del VIH, puede recibir una excepción para usar su farmacia minorista dentro de la red en vez de la farmacia especializada.			
Farmacias Dentro de la Red	Farmacias Fuera de la Red (no cubiertas)		
CVS, Costco, Stop & Shop, Shoprite	Duane Reade, Rite Aid, Walgreens, ciertas farmacias locales independientes		

Prescripciones y Beneficios Adicionales

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS		En los proveedores de la red, usted paga...	
Clase II <i>Recuerde, este beneficio está limitado a medicamentos y suministros de atención médica preventiva.</i>		Farmacia minorista hasta un suministro de 34 días	Farmacia de pedidos por correo postal hasta un suministro de 60 días
Ciertos medicamentos preventivos		\$0	
Todos los demás medicamentos		No tiene cobertura	
Medicamentos y suministros recetados que no se encuentran en el formulario		No tiene cobertura	
DENTAL <i>La Red Delta Dental PPO</i>		En los proveedores de la red, usted paga...	En Delta Dental Premier Dentists y proveedores fuera de la red, usted paga...
Servicios de Diagnóstico, Prevención y Restaurativos Menores <i>(ejemplos: radiografías, limpieza de rutina, empastes)</i>		\$0	30%
Servicios de Endodoncia y Periodontales , Cirugía Oral y Mantenimiento Protésico <i>(ejemplos: endodoncias, mantenimiento periodontal (encías), extracciones)</i>		20%	40%
Servicios de Prostodoncia y Restauración Mayor y Implantes <i>(ejemplos: dentaduras postizas completas o parciales, puentes, coronas)</i>		40%	60%
Tratamiento de Ortodoncia <i>(limitado a niños mejores de 19 años)</i>		\$0	\$0
Beneficio Máximo por Año Calendario para el Tratamiento Dental <i>(No Orto)</i>		\$3,000 por persona	
Beneficio Máximo de por Vida para el Tratamiento de Ortodoncia		\$5,000 por niño/a	
VISIÓN <i>La Red Davis Vision—Cubierto una vez por año calendario</i>		En los proveedores de la red, el plan paga...	En proveedores fuera de la red, el plan paga...
Imágenes de la retina		\$20 por examen	No está cubierto
Exámenes de la vista		\$0	1) Pagar al proveedor al momento del servicio 2) Presentar un reclamo a Davis 3) Reciba un reembolso: hasta \$75 por un examen y hasta \$175 por materiales, evaluaciones y ajustes combinados
Aros		\$0 para los niveles de Moda, Diseñador y Premier en la colección de Davis Vision Asignación de \$150 para otros marcos más 20% de descuento en el saldo; sin copago	
Lentes		\$0	
Lentes de contacto cosméticos <i>En vez de anteojos</i>		\$0 por la colección de Davis Vision Asignación de \$150 para otros contactos más 15 % de descuento en el saldo; Asignación de \$60 para evaluación y ajuste; sin copago	
SEGURO DE VIDA MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO		El plan paga \$20,000 por cada	