



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 or call 1-866-261-5676. 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.ccio.cms.gov or call 1-866-261-5676 to request a copy.

Important Questions	Answers	Why This Matters:
What is the overall deductible ?	Network services: \$0 Non-network services: \$400/individual or \$1,000/family	Generally, you must pay all of the costs from providers up to the deductible amount before this plan begins to pay. If you have other family members on the plan , each family member must meet their own individual deductible until the total amount of deductible expenses paid by all family members meets the overall family deductible .
Are there services covered before you meet your deductible ?	Yes. Network services and the following non-network services: emergency room care and professional ambulance transportation.	This plan covers some items and services even if you haven't yet met the deductible amount. But a copayment or coinsurance may apply. For example, this plan covers certain preventive services without cost-sharing and before you meet your deductible . See a list of covered preventive services at https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
Are there other deductibles for specific services?	No.	You don't have to meet deductibles for specific services.
What is the out-of-pocket limit for this plan ?	Medical limit: \$5,000 individual / \$10,000 family Prescription drug limit: \$1,600 individual / \$3,200 family	The out-of-pocket limit is the most you could pay in a year for covered services. If you have other family members in this plan , they have to meet their own out-of-pocket limits until the overall family out-of-pocket limit has been met.
What is not included in the out-of-pocket limit ?	Premiums , balance-billing charges, health care this plan doesn't cover, non-network expenses, and penalties for failure to obtain prior authorization for services.	Even though you pay these expenses, they don't count toward the out-of-pocket limit .
Will you pay less if you use a network provider ?	Yes. See www.horizonblue.com or call 1-800-810-2583 for a list of network providers . All transplant & CAR-T services: Fund-designated network must be used or won't be covered; see uhh.org . Contact	This plan uses a provider network . You will pay less if you use a provider in the plan's network . You will pay the most if you use an out-of-network provider , and you might receive a bill from a provider for the difference between the provider's charge and what your plan pays (balance billing). Be aware, your network provider might use an out-of-network provider for some services (such as lab work). Check with your provider before you get services.

	UNITE HERE HEALTH at 1-866-261-5676 if you have questions regarding your network.	
Do you need a referral to see a specialist ?	No.	You can see the specialist you choose without a referral .

 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)	
If you visit a health care provider's office or clinic	Primary care visit to treat an injury or illness	\$5 copay /visit	50% coinsurance	No charge at designated patient-centered medical homes and the union health center.
	Specialist visit	\$15 copay /visit	50% coinsurance	No charge at union health center.
	Preventive care/screening/immunization	No charge	Not covered	You may have to pay for services that aren't preventive . Ask your provider if the services needed are preventive. Then check what your plan will pay for. Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed.
If you have a test	Diagnostic test (x-ray, blood work)	X-ray: \$15 copay /visit (non-hospital); \$50 copay /visit (hospital) Blood work: \$5 copay /visit (non-hospital); \$10 copay /visit (hospital)	50% coinsurance	Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed.
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	\$20 copay /visit (non-hospital); \$75 copay /visit (hospital)	50% coinsurance	Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed.
If you need drugs to treat your illness or condition More information about prescription drug coverage is available at www.hospitalityrx.org	Generic and some brand drugs	\$1 copay /prescription (retail and mail order)	Not covered	No charge for certain preventive care drugs and supplies. Specialty drugs must be obtained through the specialty mail order pharmacy. Coverage limited to drugs on the formulary , unless formulary exception is approved. Quantity limits, prior authorization requirements, and other cost-containment programs may apply. *See section prescription drug benefits.
	Preferred drugs	\$15 copay /prescription (retail and mail order)	Not covered	
	Non-preferred drugs	\$30 copay /prescription (retail and mail order)	Not covered	
	Select specialty drugs and select biosimilars	Generic: \$1 copay /prescription (mail order); Brand: 25% coinsurance (mail order)	Not covered	

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)	
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	\$15 copay /visit (ambulatory surgery center); \$50 copay /visit (hospital)	50% coinsurance	Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed.
	Physician/surgeon fees			
If you need immediate medical attention	Emergency room care	\$150 copay/visit	\$150 copay/visit; Deductible does not apply	None.
	Emergency medical transportation	\$100 copay /trip	\$100 copay /trip; Deductible does not apply	None.
	Urgent care	\$5 copay /visit	50% coinsurance	None.
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)			Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed.
	Physician/surgeon fees	\$50 copay /day	50% coinsurance	
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	\$5 copay /office visit and no charge for other outpatient services	50% coinsurance	Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed.
	Inpatient services	\$50 copay /day	50% coinsurance	Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed.
If you are pregnant	Office visits	\$5 copay /visit	50% coinsurance	No coverage provided for pregnancy of a dependent child other than preventive care. Inpatient benefits may be denied if the prior authorization program is not followed if required. Cost sharing does not apply to certain preventive services . Depending on the type of services, a copayment , coinsurance , or deductible may apply. Maternity care may include tests and services described elsewhere in the SBC (i.e. ultrasound).
	Childbirth/delivery professional services			
	Childbirth/delivery facility services	\$50 copay /day	50% coinsurance	
If you need help recovering or have other special health needs	Home health care	No charge	50% coinsurance	Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed.
	Rehabilitation services	\$15 copay /visit	50% coinsurance	None.
	Habilitation services			
	Skilled nursing care	No charge	Not covered	Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed.

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)	
	Durable medical equipment	20% coinsurance	Not covered	Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed.
	Hospice services	No charge	50% coinsurance	Benefits may be denied if the prior authorization 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](#).)

- Bariatric surgery (unless [medically necessary](#))
- Cosmetic surgery
- Dental care (Adult) (may be provided separately)
- Dental care (Child) (may be provided separately)
- Infertility treatment
- Long-term care
- Non-emergency care when traveling outside the U.S.
- Private-duty nursing
- Routine eye care (Adult) (may be provided separately)
- Routine eye care (Child) (may be provided separately)
- Weight loss programs (unless for treatment of morbid obesity under direct supervision of a healthcare professional)

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

- Acupuncture (limited to [network providers](#) and 24 visits/year)
- Chiropractic care (limited to [network providers](#) and 24 visits/year)
- Hearing aids (limited to \$3,000/3 calendar years)
- Routine foot care (limited to [network providers](#) and 4 visits/year)

Your Rights to Continue Coverage: There are agencies that can help if you want to continue your coverage after it ends. The contact information for those agencies is: Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform. Other coverage options may be available to you too, including buying individual insurance coverage through the Health Insurance [Marketplace](#). For more information about the [Marketplace](#), visit www.HealthCare.gov or call 1-800-318-2596.

Your Grievance and Appeals Rights: There are agencies that can help if you have a complaint against your [plan](#) for a denial of a [claim](#). This complaint is called a [grievance](#) or [appeal](#). For more information about your rights, look at the explanation of benefits you will receive for that medical [claim](#). Your [plan](#) documents also provide complete information to submit a [claim](#), [appeal](#), or a [grievance](#) for any reason to your [plan](#). For more information about your rights, this notice, or assistance, contact: UNITE HERE HEALTH at 1-866-261-5676, or the Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform.

Does this plan provide Minimum Essential Coverage? Yes.

[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 1-866-261-5676.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-261-5676.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-866-261-5676.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-866-261-5676.

Pennsylvania Dutch (Deutsch): Fer Hilf griege in Deutsch, ruf 1-866-261-5676 uff.

Samoan (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-866-261-5676.

Carolinian (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-866-261-5676.

Chamorro (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, â'gang 1-866-261-5676.

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

About these Coverage Examples:



This is not a cost estimator. Treatments shown are just examples of how this [plan](#) might cover medical care. Your actual costs will be different depending on the actual care you receive, the prices your [providers](#) charge, and many other factors. Focus on the [cost sharing](#) amounts ([deductibles](#), [copayments](#) and [coinsurance](#)) and [excluded services](#) under the [plan](#). Use this information to compare the portion of costs you might pay under different health [plans](#). Please note these coverage examples are based on self-only coverage.

Peg is Having a Baby

(9 months of in-network pre-natal care and a hospital delivery)

■ The plan's overall deductible	\$0
■ Specialist copayment	\$15
■ Hospital (facility) copayment	\$50
■ Other coinsurance	20%

This EXAMPLE event includes services like:

[Specialist](#) office visits (*prenatal care*)
 Childbirth/Delivery Professional Services
 Childbirth/Delivery Facility Services
[Diagnostic tests](#) (*ultrasounds and blood work*)
[Specialist](#) visit (*anesthesia*)

Total Example Cost	\$12,700
---------------------------	-----------------

In this example, Peg would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	\$0
Copayments	\$100
Coinsurance	\$0
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$50
The total Peg would pay is	\$150

Managing Joe's type 2 Diabetes

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

■ The plan's overall deductible	\$0
■ Specialist copayment	\$15
■ Hospital (facility) copayment	\$50
■ Other coinsurance	20%

This EXAMPLE event includes services like:

[Primary care physician](#) office visits (*including disease education*)
[Diagnostic tests](#) (*blood work*)
[Prescription drugs](#)
[Durable medical equipment](#) (*glucose meter*)

Total Example Cost	\$5,600
---------------------------	----------------

In this example, Joe would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	\$0
Copayments	\$600
Coinsurance	\$0
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$20
The total Joe would pay is	\$620

Mia's Simple Fracture

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

■ The plan's overall deductible	\$0
■ Specialist copayment	\$15
■ Hospital (facility) copayment	\$50
■ Other coinsurance	20%

This EXAMPLE event includes services like:

[Emergency room care](#) (*including medical supplies*)
[Diagnostic test](#) (*x-ray*)
[Durable medical equipment](#) (*crutches*)
[Rehabilitation services](#) (*physical therapy*)

Total Example Cost	\$2,800
---------------------------	----------------

In this example, Mia would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	\$0
Copayments	\$300
Coinsurance	\$10
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$0
The total Mia would pay is	\$310

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 o llame al 1-866-261-5676. Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos delineados consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en www.cciio.cms.gov o llamar a 1-866-261-5676 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	Servicios dentro de la red: USD \$0 Servicios fuera de la red: USD \$400/individual o \$1,000/familiar	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los proveedores hasta el deducible antes de que este plan comience a pagar. Si usted tiene otros miembros de la familia en el plan , cada miembro de la familia debe cumplir con su propio deducible individual, hasta que el monto total de gastos de deducible pagados por todos los miembros de la familia cumpla con el deducible total por familia.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	Sí. Los servicios dentro de la red y los siguientes servicios fuera de la red: cuidados en la sala de emergencia y transporte de ambulancia profesional.	Este plan cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del deducible . Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que cumpla con su deducible . Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	No tiene que pagar un deducible por servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan ?	USD Límite Médico: \$5,000 individual / \$10,000 familia Límite de medicamentos recetados: \$1,600 individual / \$3,200 familia	El límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en este plan , tienen que cumplir con sus propios límites de gastos directo del bolsillo hasta que se cumpla el límite de gastos directo del bolsillo total por familia.
¿Qué no incluye el desembolso máximo ?	Primas , cargos por facturación de saldo , atención médica que este plan no cubre, gastos fuera de la red, penalidades por no obtener autorización previa para servicios.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos directos del bolsillo .
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red medica ?	Sí. Vea www.horizonblue.com o llame al 1-800-810-2583 para una lista de proveedores dentro de la red . Todos los servicios de	Este plan no tiene un proveedor dentro de la red . Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan. Usted pagará más si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría

	trasplante y CAR-T: se debe utilizar la red designada por el fondo o no estarán cubiertos; consulte uhh.org. Comuníquese con UNITE HERE HEALTH al 1-866-261-5676 si tiene preguntas sobre su red.	utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista ?	No.	Puede acudir al especialista de su preferencia sin un referido .



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)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$5 copago /visita	50% coseguro	Sin cargo en los hogares médicos centrados en el paciente designados y en el centro de salud del sindicato.
	Visita al especialista	\$15 copago /visita	50% coseguro	Sin cargo en el centro de salud del sindicato.
	Atención preventiva/examen colectivo /vacuna	Sin cargo	No tiene cobertura	Es posible que usted tenga que pagar por servicios que no sean preventivos . Pregunte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego compruebe lo que su plan pagará por el servicio. Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa .
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	Radiografía: \$15 copago /visita (no hospitalaria); \$50 copago /visita (hospital) Análisis de sangre: \$5 copago /visita (no hospitalaria); \$10 copago /visita (hospital)	50% coseguro	Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa .

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)	
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	\$20 copago /visita (no hospitalaria); \$75 copago /visita (hospital)	50% coseguro	Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa .
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.hospitalityrx.org	Medicamentos genéricos y algunos de marca	\$1 copago /receta (venta minorista y pedidos por correo)	No tiene cobertura	No hay cargo por ciertos medicamentos y suministros de cuidados preventivos. Medicamentos de especialidad deben obtenerse a través de la farmacia especializada de pedidos por correo. La cobertura se limita a los medicamentos en el formulario , a menos que se apruebe una excepción del formulario . Pueden aplicarse límites de cantidad, requisitos de autorización previa y otros programas de contención de costos. *Vea la sección de beneficios de medicamentos con receta.
	Medicamentos preferidas	\$15 copago /receta (venta minorista y pedidos por correo)	No tiene cobertura	
	Medicamentos no preferidas	\$30 copago /receta (venta minorista y pedidos por correo)	No tiene cobertura	
	Medicamentos de especialidad selectos y biosimilares selectos	Genérico: \$1 copago /receta (pedidos por correo); Marca: 25% coseguro (pedidos por correo)	No tiene cobertura	
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$15 copago /visita (centro de cirugía ambulatoria); \$50 copago /visita (hospital)	50% coseguro	Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa .
	Honorarios del médico/cirujano			
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	\$150 copago /visita	\$150 copago /visita; El deducible no se aplica	Ninguna.
	Transporte médico de emergencia	\$100 copago /viaje	\$100 copago /viaje; El deducible no se aplica	Ninguna.
	Atención de urgencia	\$5 copago /visita	50% coseguro	Ninguna.
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	\$50 copago /día	50% coseguro	Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa .
	Honorarios del médico/cirujano			

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)	
Si necesita servicios de salud mental, conductual o abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	\$5 copago /visita al consultorio y sin cargo por otros servicios de paciente externo	50% coseguro	Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa .
	Servicios internos	\$50 copago /día	50% coseguro	Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa .
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$5 copago /visita	50% coseguro	No se proporciona cobertura para el embarazo de una hija dependiente aparte del cuidado preventivo. Los beneficios de hospitalización pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa si es requerido. El costo compartido no se aplica hacia ciertos servicios preventivos . Dependiendo en el tipo de servicios, puede aplicar un copago , coseguro o deducible . El cuidado de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte en el SBC (por ejemplo, ultrasonido).
	Servicios de parto profesionales	\$50 copago /día	50% coseguro	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales			
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	Sin cargo	50% coseguro	Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa .
	Servicios de rehabilitación	\$15 copago /visita	50% coseguro	Ninguna.
	Servicios de habilitación			
	Cuidado de enfermería especializada	Sin cargo	No tiene cobertura	Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa .
	Equipo médico duradero	20% coseguro	No tiene cobertura	Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa .
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	Sin cargo	50% coseguro	Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa .
	Examen de la vista pediátrico	No tiene cobertura	No tiene cobertura	

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)	
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Anteojos para niños			Beneficios de la vista pueden ser proveídos por separado.
	Chequeo dental pediátrico	No tiene cobertura	No tiene cobertura	Beneficios dentales pueden ser proveídos por separado.

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) • Programas para bajar de peso (salvo para el tratamiento de la obesidad mórbida bajo la supervisión directa de un profesional de la salud)	
Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su plan.)			
• Acupuntura (limitados a proveedores dentro de la red y 24 visitas/año)	• Cuidados quiroprácticos (limitados a proveedores dentro de la red y 24 visitas/año)	• Aparatos auditivos (limitados a \$3,000/3 año del calendario) • Cuidados podiátricos de rutina (limitados a proveedores dentro de la red y 4 visitas/año)	

Sus derechos a continuar con su cobertura Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: Departamento de Trabajo de Administración de Seguridad de los Beneficios del Empleado al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguro Médico. Para más información acerca del [Mercado](#), visite www.CuidadDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle una [reclamación](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#) o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: UNITE HERE HEALTH al 1-866-261-5676, o al Departamento de Trabajo de Administración de Seguridad de los Beneficios del Empleado al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el [crédito fiscal para primas del plan](#).

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí.

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios lingüísticos:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-866-261-5676.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-261-5676.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-866-261-5676.

Navajo (Dine): Dinekehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-866-261-5676.

Pennsylvania Dutch (Deutsch): Fer Hilf griege in Deutsch, ruf 1-866-261-5676 uff.

Samoa (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-866-261-5676.

Carolinian (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-866-261-5676.

Chamorro (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, a'gang 1-866-261-5676.

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

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus [proveedores](#) y dentro del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada

(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

■ El deducible general del plan	\$0
■ Especialista copago	\$15
■ Hospital (instalaciones) copago	\$50
■ Otro coseguro	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al especialista (*atención prenatal*)
 Servicios de parto profesionales
 Servicios de instalaciones de partos profesionales
 Pruebas diagnósticas (*sonogramas y análisis de sangre*)
 Visita al especialista (*anestesia*)

Costo total hipotético	\$12,700
-------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$100
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$50
El total que Peg pagaría es	\$150

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

■ El deducible general del plan	\$0
■ Especialista copago	\$15
■ Hospital (instalaciones) copago	\$50
■ Otro coseguro	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico primario (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)
 Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)
 Medicamentos por recetas
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Costo total hipotético	\$5,600
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$600
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$620

Fractura simple de Mia

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

■ El deducible general del plan	\$0
■ Especialista copago	\$15
■ Hospital (instalaciones) copago	\$50
■ Otro coseguro	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Sala de emergencias (*incluye materiales médicos*)
 Prueba diagnóstica (*radiografía*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

Costo total hipotético	\$2,800
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$300
Coseguro	\$10
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$310

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.



The Summary of Benefits and Coverage (SBC) document will help you choose a health [plan](#). The SBC shows you how you and the [plan](#) would share the cost for covered health care services. **NOTE:** Information about the cost of this [plan](#) (called the [premium](#)) will be provided separately.

This is only a summary. For more information about your coverage, or to get a copy of the complete terms of coverage, visit www.uhh.org or call 1-866-261-5676. For general definitions of common terms, such as [allowed amount](#), [balance billing](#), [coinsurance](#), [copayment](#), [deductible](#), [provider](#), or other underlined terms see the Glossary. You can view the Glossary at www.cciio.cms.gov or call 1-866-261-5676 to request a copy.

Important Questions	Answers	Why This Matters:
What is the overall deductible ?	\$0	See the Common Medical Events chart below for your costs for services this plan covers.
Are there services covered before you meet your deductible ?	Not Applicable.	The plan does not have a deductible.
Are there other deductibles for specific services?	No.	You don't have to meet deductibles for specific services.
What is the out-of-pocket limit for this plan ?	\$6,600 individual / \$13,200 family	The out-of-pocket limit is the most you could pay in a year for covered services. If you have other family members in this plan , they have to meet their own out-of-pocket limits until the overall family out-of-pocket limit has been met.
What is not included in the out-of-pocket limit ?	Premiums , balance-billing charges, health care this plan doesn't cover, non-network expenses, and penalties for failure to obtain prior authorization for services.	Even though you pay these expenses, they don't count toward the out-of-pocket limit .
Will you pay less if you use a network provider ?	Yes. See www.horizonblue.com or call 1-800-810-2583 for a list of network providers . All transplant & CAR-T services: Fund-designated network must be used or won't be covered; see uhh.org . Contact UNITE HERE HEALTH at 1-866-261-5676 if you have questions regarding your network.	This plan uses a provider network . You will pay less if you use a provider in the plan's network . You will pay the most if you use an out-of-network provider , and you might receive a bill from a provider for the difference between the provider's charge and what your plan pays (balance billing). Be aware, your network provider might use an out-of-network provider for some services (such as lab work). Check with your provider before you get services.
Do you need a referral to see a specialist ?	No.	You can see the specialist you choose without a referral .

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Network Provider (You will pay the least)	Non-Network Provider (You will pay the most)	
If you visit a health care provider's office or clinic	Primary care visit to treat an injury or illness	\$5 copay /visit	Not covered	No charge at designated patient-centered medical homes and the union health center.
	Specialist visit	\$15 copay /visit	Not covered	No charge at union health center.
	Preventive care/screening/immunization	No charge	Not covered	You may have to pay for services that aren't preventive . Ask your provider if the services needed are preventive. Then check what your plan will pay for. Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed.
If you have a test	Diagnostic test (x-ray, blood work)	X-ray: \$15 copay /visit (non-hospital); \$50 copay /visit (hospital) Blood work: \$5 copay /visit (non-hospital); \$10 copay /visit (hospital)	Not covered	Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed.
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	\$20 copay /visit (non-hospital); \$75 copay /visit (hospital)	Not covered	Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed.
If you need drugs to treat your illness or condition More information about prescription drug coverage is available at www.hospitalityrx.org	Generic and some brand drugs	Not covered	Not covered	Prescription drugs excluded, except for certain preventive care drugs and supplies. *See section prescription drug benefits.
	Preferred drugs	Not covered	Not covered	
	Non-preferred drugs	Not covered	Not covered	
	Specialty drugs and biosimilars	Not covered	Not covered	
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	\$100 copay /visit	Not covered	Coverage for facility fees limited to \$900/visit. Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed.
	Physician/surgeon fees			
If you need immediate medical attention	Emergency room care	\$150 copay /visit	\$150 copay /visit	Coverage limited to \$900/visit.
	Emergency medical transportation	\$150 copay /trip	\$150 copay /trip	None.
	Urgent care	\$5 copay /visit	Not covered	None.
If you have a hospital	Facility fee (e.g., hospital room)	No charge	Not covered	Coverage for facility fees limited to \$2,500 per

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

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Network Provider (You will pay the least)	Non-Network Provider (You will pay the most)	
stay	Physician/surgeon fees			admission. Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed.
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	\$5 copay /office visit and no charge for other outpatient services	Not covered	Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed.
	Inpatient services	No charge	Not covered	Coverage for facility fees limited to \$2,500 per admission. Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed.
If you are pregnant	Office visits	\$5 copay /visit	Not covered	Coverage for facility fees limited to \$2,500 per admission. No coverage provided for pregnancy of a dependent child other than preventive care. Inpatient benefits may be denied if the prior authorization program is not followed if required. Cost sharing does not apply to certain preventive services . Depending on the type of services, a copayment may apply. Maternity care may include tests and services described elsewhere in the SBC (i.e. ultrasound).
	Childbirth/delivery professional services	No charge	Not covered	
	Childbirth/delivery facility services			
If you need help recovering or have other special health needs	Home health care	No charge	Not covered	Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed.
	Rehabilitation services	\$15 copay /visit	Not covered	None.
	Habilitation services			
	Skilled nursing care	No charge	Not covered	Coverage for facility fees limited to \$2,500 per admission. Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed.
	Durable medical equipment	Not covered	Not covered	Durable medical equipment excluded.
	Hospice services	No charge	Not covered	Benefits may be denied if the prior authorization 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](#).)

- | | | |
|---|--|---|
| • Bariatric surgery (unless medically necessary) | • Long-term care | • Routine eye care (Adult) (may be provided separately) |
| • Cosmetic surgery | • Non-emergency care when traveling outside the U.S. | • Routine eye care (Child) (may be provided separately) |
| • Dental care (Adult) (may be provided separately) | • Prescription drugs (except certain preventive care drugs and supplies) | • Weight loss programs (unless for treatment of morbid obesity under direct supervision of a healthcare professional) |
| • Dental care (Child) (may be provided separately) | • Private duty nursing | |
| • Durable medical equipment | | |
| • Hearing aids | | |
| • Infertility treatment | | |

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

- | | | |
|---|---|--|
| • Acupuncture (limited to network providers and 24 visits/year) | • Chiropractic care (limited to network providers and 24 visits/year) | • Routine foot care (limited to network providers and 4 visits/year) |
|---|---|--|

Your Rights to Continue Coverage: There are agencies that can help if you want to continue your coverage after it ends. The contact information for those agencies is: Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform. Other coverage options may be available to you too, including buying individual insurance coverage through the Health Insurance [Marketplace](#). For more information about the [Marketplace](#), visit www.HealthCare.gov or call 1-800-318-2596.

Your Grievance and Appeals Rights: There are agencies that can help if you have a complaint against your [plan](#) for a denial of a [claim](#). This complaint is called a [grievance](#) or [appeal](#). For more information about your rights, look at the explanation of benefits you will receive for that medical [claim](#). Your [plan](#) documents also provide complete information to submit a [claim](#), [appeal](#), or a [grievance](#) for any reason to your [plan](#). For more information about your rights, this notice, or assistance, contact: UNITE HERE HEALTH at 1-866-261-5676, or the Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform.

Does this plan provide Minimum Essential Coverage? Yes.

[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? No.

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 1-866-261-5676.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-261-5676.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-866-261-5676.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-866-261-5676.

Pennsylvania Dutch (Deutsch): Fer Hilf griege in Deutsch, ruf 1-866-261-5676 uff.

Samoan (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-866-261-5676.

Carolinian (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-866-261-5676.

Chamorro (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, a'gang 1-866-261-5676.

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

About these Coverage Examples:



This is not a cost estimator. Treatments shown are just examples of how this [plan](#) might cover medical care. Your actual costs will be different depending on the actual care you receive, the prices your [providers](#) charge, and many other factors. Focus on the [cost sharing](#) amounts ([deductibles](#), [copayments](#) and [coinsurance](#)) and [excluded services](#) under the [plan](#). Use this information to compare the portion of costs you might pay under different health [plans](#). Please note these coverage examples are based on self-only coverage.

Peg is Having a Baby

(9 months of in-network pre-natal care and a hospital delivery)

■ The plan's overall deductible	\$0
■ Specialist copayment	\$15
■ Hospital (facility) copayment	\$0
■ Other copayment	\$0

This EXAMPLE event includes services like:

[Specialist](#) office visits (*prenatal care*)
 Childbirth/Delivery Professional Services
 Childbirth/Delivery Facility Services
[Diagnostic tests](#) (*ultrasounds and blood work*)
[Specialist](#) visit (*anesthesia*)

Total Example Cost	\$12,700
---------------------------	-----------------

In this example, Peg would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	\$0
Copayments	\$40
Coinsurance	\$0
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$4,600
The total Peg would pay is	\$4,640

Managing Joe's type 2 Diabetes

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

■ The plan's overall deductible	\$0
■ Specialist copayment	\$15
■ Hospital (facility) copayment	\$0
■ Other copayment	\$0

This EXAMPLE event includes services like:

[Primary care physician](#) office visits (*including disease education*)
[Diagnostic tests](#) (*blood work*)
[Prescription drugs](#)
[Durable medical equipment](#) (*glucose meter*)

Total Example Cost	\$5,600
---------------------------	----------------

In this example, Joe would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	\$0
Copayments	\$0
Coinsurance	\$0
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$4,300
The total Joe would pay is	\$4,300

Mia's Simple Fracture

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

■ The plan's overall deductible	\$0
■ Specialist copayment	\$15
■ Hospital (facility) copayment	\$0
■ Other copayment	\$0

This EXAMPLE event includes services like:

[Emergency room care](#) (*including medical supplies*)
[Diagnostic test](#) (*x-ray*)
[Durable medical equipment](#) (*crutches*)
[Rehabilitation services](#) (*physical therapy*)

Total Example Cost	\$2,800
---------------------------	----------------

In this example, Mia would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	\$0
Copayments	\$400
Coinsurance	\$0
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$40
The total Mia would pay is	\$440

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 o llame al 1-866-261-5676. Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos delineados consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en www.cciio.cms.gov o llamar a 1-866-261-5676 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	USD \$0	Consulte la tabla de eventos comunes a continuación para ver los costos de servicio que cubre este plan .
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	No se aplica.	Este plan no tiene un deducible.
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	No tiene que pagar un deducible por servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan ?	USD \$6,600 por persona / \$13,200 por familia	El límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en este plan , tienen que cumplir con sus propios límites de gastos directo del bolsillo hasta que se cumpla el límite de gastos directo del bolsillo total por familia.
¿Qué no incluye el desembolso máximo ?	Primas , cargos por facturación de saldo , atención médica que este plan no cubre, gastos fuera de la red, penalidades por no obtener autorización previa para servicios.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos directos del bolsillo .
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red medica ?	Sí. Vea www.horizonblue.com o llame al 1-800-810-2583 para una lista de proveedores dentro de la red . Todos los servicios de trasplante y CAR-T: se debe utilizar la red designada por el fondo o no estarán cubiertos; consulte uhh.org . Comuníquese con UNITE HERE HEALTH al 1-	Este plan no tiene un proveedor dentro de la red . Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan. Usted pagará más si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.

	866-261-5676 si tiene preguntas sobre su red.	
¿Necesita un referido para ver a un especialista ?	No.	Puede acudir al especialista de su preferencia sin un referido .

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$5 copago /visita	No tiene cobertura	Sin cargo en los hogares médicos centrados en el paciente designados y en el centro de salud del sindicato.
	Visita al especialista	\$15 copago /visita	No tiene cobertura	Sin cargo en el centro de salud del sindicato.
	Atención preventiva/examen colectivo /vacuna	Sin cargo	No tiene cobertura	Es posible que usted tenga que pagar por servicios que no sean preventivos . Pregunte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego compruebe lo que su plan pagará por el servicio. Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa .
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	Radiografía: \$15 copago /visita (no hospitalaria); \$50 copago /visita (hospital) Análisis de sangre: \$5 copago /visita (no hospitalaria); \$10 copago /visita (hospital)	No tiene cobertura	Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa .
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	\$20 copago /visita (no hospitalaria); \$75 copago /visita (hospital)	No tiene cobertura	Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa .

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)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.hospitalityrx.org	Medicamentos genéricos y algunos de marca	No tiene cobertura	No tiene cobertura	Se excluyen los medicamentos con receta , excepto ciertos medicamentos y suministros de atención preventiva. *Vea la sección de beneficios de medicamentos con receta.
	Medicamentos preferidas	No tiene cobertura	No tiene cobertura	
	Medicamentos no preferidas	No tiene cobertura	No tiene cobertura	
	Medicamentos de especialidad y biosimilares	No tiene cobertura	No tiene cobertura	
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$100 copago /visita	No tiene cobertura	Cobertura para arancel del centro limitada a \$900/visita. Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa .
	Honorarios del médico/cirujano			
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	\$150 copago /visita	\$150 copago /visita	Cobertura limitada a \$900/visita.
	Transporte médico de emergencia	\$150 copago /viaje	\$150 copago /viaje	Ninguna.
	Atención de urgencia	\$5 copago /visita	No tiene cobertura	Ninguna.
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	Sin cargo	No tiene cobertura	Cobertura para arancel del hospital limitada a \$2,500 por admisión. Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa .
	Honorarios del médico/cirujano			
Si necesita servicios de salud mental, conductual o abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	\$5 copago /visita al consultorio y sin cargo por otros servicios de paciente externo	No tiene cobertura	Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa .
	Servicios internos	Sin cargo	No tiene cobertura	Cobertura para arancel del hospital limitada a \$2,500 por admisión. Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa .
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$5 copago /visita	No tiene cobertura	La cobertura por honorarios de instalaciones limitada a \$2,500 por admisión. No se proporciona cobertura para el embarazo de
	Servicios de parto profesionales	Sin cargo	No tiene cobertura	

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

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales			una hija dependiente aparte del cuidado preventivo. Los beneficios de hospitalización pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa si es requerido. El costo compartido no se aplica hacia ciertos servicios preventivos . Dependiendo en el tipo de servicios, puede aplicar un copago . El cuidado de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte en el SBC (por ejemplo, ultrasonido).
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	Sin cargo	No tiene cobertura	Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa .
	Servicios de rehabilitación Servicios de habilitación	\$15 copago /visita	No tiene cobertura	Ninguna.
	Cuidado de enfermería especializada	Sin cargo	No tiene cobertura	La cobertura por honorarios de instalaciones limitada a \$2,500 por admisión. Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa .
	Equipo médico duradero	No tiene cobertura	No tiene cobertura	Se excluye el equipo médico duradero .
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	Sin cargo	No tiene cobertura	Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa .
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	No 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.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros servicios excluidos .)		
Cirugía bariátrica (salvo que sea medicamente necesaria)	- Aparatos auditivos - Tratamiento de la infertilidad	Servicios privados de enfermería

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

• Cirugía cosmética • Cuidados dentales (Adultos) (pueden ser proveídos por separado) • Cuidados dentales (Menores) (pueden ser proveídos por separado) • Equipo médico duradero	• Cuidado de salud por tiempo prolongado • Cuidados que no sean de emergencia cuando viaja fuera de los EE.UU. • Medicamentos (excepto ciertos medicamentos de atención preventiva y suministros)	• Cuidados de visión rutinarios (Adultos) (pueden ser proveídos por separado) • Cuidados de visión rutinarios (Menores) (pueden ser proveídos por separado) • Programas para bajar de peso (salvo para el tratamiento de la obesidad mórbida bajo la supervisión directa de un profesional de la salud)
---	---	---

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#).)

• Acupuntura (limitados a proveedores dentro de la red y 24 visitas/año)	• Cuidados quiroprácticos (limitados a proveedores dentro de la red y 24 visitas/año)	• Cuidados podiátricos de rutina (limitados a proveedores dentro de la red y 4 visitas/año)
--	---	---

Sus derechos a continuar con su cobertura Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: Departamento de Trabajo de Administración de Seguridad de los Beneficios del Empleado al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguro Médico. Para más información acerca del [Mercado](#), visite www.CuidadDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle una [reclamación](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#) o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: UNITE HERE HEALTH al 1-866-261-5676, o al Departamento de Trabajo de Administración de Seguridad de los Beneficios del Empleado al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el [crédito fiscal para primas del plan](#).

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? No.

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 1-866-261-5676.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-261-5676.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-866-261-5676.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-866-261-5676.

Pennsylvania Dutch (Deutsch): Fer Hilf griege in Deutsch, ruf 1-866-261-5676 uff.

Samoan (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-866-261-5676.

Carolinian (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-866-261-5676.

Chamorro (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, â'gang 1-866-261-5676.

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

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus [proveedores](#) y dentro del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada

(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

■ El deducible general del plan	\$0
■ Especialista copago	\$15
■ Hospital (instalaciones) copago	\$0
■ Otro copago	\$0

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al especialista (*atención prenatal*)
 Servicios de parto profesionales
 Servicios de instalaciones de partos profesionales
 Pruebas diagnósticas (*sonogramas y análisis de sangre*)
 Visita al especialista (*anestesia*)

Costo total hipotético	\$12,700
-------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$40
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$4,600
El total que Peg pagaría es	\$4,640

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

■ El deducible general del plan	\$0
■ Especialista copago	\$15
■ Hospital (instalaciones) copago	\$0
■ Otro copago	\$0

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico primario (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)
 Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)
 Medicamentos por recetas
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Costo total hipotético	\$7,400
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$4,300
El total que Joe pagaría es	\$4,300

Fractura simple de Mia

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

■ El deducible general del plan	\$0
■ Especialista copago	\$15
■ Hospital (instalaciones) copago	\$0
■ Otro copago	\$0

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Sala de emergencias (*incluye materiales médicos*)
 Prueba diagnóstica (*radiografía*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

Costo total hipotético	\$1,900
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$400
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$40
El total que Mia pagaría es	\$440

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.