



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

**This is only a summary.** For more information about your coverage, or to get a copy of the complete terms of coverage, visit [www.uhh.org](http://www.uhh.org) or call 1-866-686-0003. For general definitions of common terms, such as [allowed amount](#), [balance billing](#), [coinsurance](#), [copayment](#), [deductible](#), [provider](#), or other underlined terms see the Glossary. You can view the Glossary at [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov) or call 1-866-686-0003 to request a copy.


Important Questions	Answers	Why This Matters:
What is the overall <a href="#">deductible</a> ?	<p><a href="#">Network</a> services: \$100/individual or \$200/family</p> <p>Non-network services: \$500/individual</p>	Generally, you must pay all of the costs from <a href="#">providers</a> up to the <a href="#">deductible</a> amount before this <a href="#">plan</a> begins to pay. If you have other family members on the <a href="#">plan</a> , each family member must meet their own individual <a href="#">deductible</a> until the total amount of <a href="#">deductible</a> expenses paid by all family members meets the overall family <a href="#">deductible</a> .
Are there services covered before you meet your <a href="#">deductible</a> ?	Yes. Emergency treatment in an emergency room, <a href="#">network</a> services the <a href="#">plan</a> covers at 100% or for which you pay a <a href="#">copayment</a> , and <a href="#">prescription drugs</a> are covered before you meet your deductible.	This <a href="#">plan</a> covers some items and services even if you haven't yet met the <a href="#">deductible</a> amount. But a <a href="#">copayment</a> or <a href="#">coinsurance</a> may apply.
Are there other <a href="#">deductibles</a> for specific services?	No.	You don't have to meet <a href="#">deductibles</a> for specific services.
What is the <a href="#">out-of-pocket limit</a> for this <a href="#">plan</a> ?	\$1,000 individual	The <a href="#">out-of-pocket limit</a> is the most you could pay in a year for covered services. If you have other family members in this <a href="#">plan</a> , they have to meet their own <a href="#">out-of-pocket limits</a> until the overall family <a href="#">out-of-pocket limit</a> has been met.
What is not included in the <a href="#">out-of-pocket limit</a> ?	<a href="#">Premiums</a> , <a href="#">balance-billing</a> charges, health care this <a href="#">plan</a> doesn't cover, dental care, <a href="#">copayments</a> , non-network expenses, and penalties for failure to obtain <a href="#">prior authorization</a> for services.	Even though you pay these expenses, they don't count toward the <a href="#">out-of-pocket limit</a> .
Will you pay less if you use a <a href="#">network provider</a> ?	Yes. See <a href="http://www.bcbsil.com">www.bcbsil.com</a> or call 1-800-810-2583 for a list of <a href="#">network providers</a> .	This <a href="#">plan</a> uses a provider <a href="#">network</a> . You will pay less if you use a <a href="#">provider</a> in the plan's <a href="#">network</a> . You will pay the most if you use an <a href="#">out-of-network provider</a> , and you might receive a bill from a <a href="#">provider</a> for the difference between the provider's charge and what your <a href="#">plan</a> pays ( <a href="#">balance billing</a> ). Be aware, your <a href="#">network provider</a> might use an <a href="#">out-of-network provider</a> for some services

(such as lab work). Check with your [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](#).

 All [copayment](#) and [coinsurance](#) costs shown in this chart are after your [deductible](#) has been met, if a [deductible](#) applies.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Network Provider (You will pay the least)	Non-Network Provider (You will pay the most)	
<b>If you visit a health care provider's office or clinic</b>	Primary care visit to treat an injury or illness	\$10 <a href="#">copay</a> /visit; <a href="#">Deductible</a> does not apply	50% <a href="#">coinsurance</a>	None.
	<a href="#">Specialist</a> visit	\$10 <a href="#">copay</a> /visit with <a href="#">referral</a> from a <a href="#">primary care provider</a> ; \$20 <a href="#">copay</a> /visit without <a href="#">referral</a> from a <a href="#">primary care provider</a> ; <a href="#">Deductible</a> does not apply	50% <a href="#">coinsurance</a>	You pay 10% <a href="#">coinsurance</a> for <a href="#">network</a> non-routine podiatry. No coverage for non-network podiatry.
	<a href="#">Preventive care/screening/immunization</a>	\$15 <a href="#">copay</a> /visit for well-child care for children under age 6 and no charge for all other <a href="#">preventive care</a> ; <a href="#">Deductible</a> does not apply	Not covered	You may have to pay for services that aren't <a href="#">preventive</a> . Ask your <a href="#">provider</a> if the services needed are preventive. Then check what your <a href="#">plan</a> will pay for. Benefits may be denied if the <a href="#">prior authorization</a> program is not followed. *See section Medical Benefits.
<b>If you have a test</b>	<a href="#">Diagnostic test</a> (x-ray, blood work)	No charge; <a href="#">Deductible</a> does not apply	50% <a href="#">coinsurance</a>	You pay 10% <a href="#">coinsurance</a> for <a href="#">network</a> chiropractic x-rays and coverage is limited to \$400/year. Benefits may be denied if the <a href="#">prior authorization</a> program is not followed.
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	10% <a href="#">coinsurance</a>	50% <a href="#">coinsurance</a>	Benefits may be denied if the <a href="#">prior authorization</a> program is not followed.
<b>If you need drugs to treat your illness or condition</b> More information about <a href="#">prescription drug coverage</a> is available at <a href="http://www.hospitalityrx.org">www.hospitalityrx.org</a>	Generic drugs	\$3 <a href="#">copay</a> /prescription (retail and mail order); <a href="#">Deductible</a> does not apply	Not covered	<a href="#">Specialty drugs</a> must be obtained through the specialty mail order pharmacy. Quantity limits, <a href="#">prior authorization</a> requirements, and other cost-containment programs may apply. *See section Prescription Drug Benefits.
	Preferred brand drugs	\$12 <a href="#">copay</a> /prescription (retail and mail order); <a href="#">Deductible</a> does not apply	Not covered	
	Non-preferred brand drugs	\$27 <a href="#">copay</a> /prescription (retail and mail order); <a href="#">Deductible</a> does not apply	Not covered	
	<a href="#">Specialty</a> and biosimilar drugs	\$3, \$12, or \$27	Not covered	

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

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Network Provider (You will pay the least)	Non-Network Provider (You will pay the most)	
		<a href="#">copay</a> /prescription, based on drug category (mail order); <a href="#">Deductible</a> does not apply		
<b>If you have outpatient surgery</b>	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	10% <a href="#">coinsurance</a>	50% <a href="#">coinsurance</a>	Benefits may be denied if the <a href="#">prior authorization</a> program is not followed.
	Physician/surgeon fees			
<b>If you need immediate medical attention</b>	<a href="#">Emergency room care</a>	\$50 <a href="#">copay</a> /visit, plus 10% <a href="#">coinsurance</a> ; <a href="#">Deductible</a> does not apply	\$50 <a href="#">copay</a> /visit, plus 10% <a href="#">coinsurance</a> ; <a href="#">Deductible</a> does not apply	<a href="#">Network</a> non-emergency treatment covered at 50% <a href="#">coinsurance</a> after \$50 <a href="#">copay</a> /visit. Non-network non-emergency treatment covered at 50% <a href="#">coinsurance</a> after deductible.
	<a href="#">Emergency medical transportation</a>	10% <a href="#">coinsurance</a>	10% <a href="#">coinsurance</a>	None.
	<a href="#">Urgent care</a>	\$20 <a href="#">copay</a> /visit; <a href="#">Deductible</a> does not apply	50% <a href="#">coinsurance</a>	None.
<b>If you have a hospital stay</b>	Facility fee (e.g., hospital room)	10% <a href="#">coinsurance</a>	50% <a href="#">coinsurance</a>	Benefits may be denied if the <a href="#">prior authorization</a> program is not followed.
	Physician/surgeon fees			
<b>If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services</b>	Outpatient services	\$10 <a href="#">copay</a> /office visit and 10% <a href="#">coinsurance</a> for other outpatient services; <a href="#">Deductible</a> does not apply to office visits	50% <a href="#">coinsurance</a>	Benefits may be denied if the <a href="#">prior authorization</a> program is not followed.
	Inpatient services	10% <a href="#">coinsurance</a>	50% <a href="#">coinsurance</a>	Benefits may be denied if the <a href="#">prior authorization</a> program is not followed.
<b>If you are pregnant</b>	Office visits	\$10 <a href="#">copay</a> /visit; <a href="#">Deductible</a> does not apply	50% <a href="#">coinsurance</a>	No coverage provided for pregnancy of a dependent child. Inpatient benefits may be denied if the <a href="#">prior authorization</a> program is not followed if required. Depending on the type of services, a <a href="#">copayment</a> , <a href="#">coinsurance</a> , or <a href="#">deductible</a> may apply. Maternity care may include tests and services described elsewhere in the SBC (i.e. ultrasound).
	Childbirth/delivery professional services	10% <a href="#">coinsurance</a>	50% <a href="#">coinsurance</a>	
	Childbirth/delivery facility services	10% <a href="#">coinsurance</a>	50% <a href="#">coinsurance</a>	
<b>If you need help recovering or have other special health</b>	<a href="#">Home health care</a>	10% <a href="#">coinsurance</a>	50% <a href="#">coinsurance</a>	Coverage limited to 60 visits/year, including up to 30 non-network visits. Benefits may be denied if the <a href="#">prior authorization</a> program is not

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

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Network Provider (You will pay the least)	Non-Network Provider (You will pay the most)	
<b>needs</b>				followed.
	<a href="#">Rehabilitation services</a>			Coverage limited to 30 visits/year. Benefits may be denied if the <a href="#">prior authorization</a> program is not followed.
	<a href="#">Habilitation services</a>	10% <a href="#">coinsurance</a>	50% <a href="#">coinsurance</a>	
	<a href="#">Skilled nursing care</a>	10% <a href="#">coinsurance</a>	50% <a href="#">coinsurance</a>	Coverage limited to 60 days/year, including up to 30 non-network days. Benefits may be denied if the <a href="#">prior authorization</a> program is not followed.
	<a href="#">Durable medical equipment</a>	10% <a href="#">coinsurance</a>	50% <a href="#">coinsurance</a>	Benefits may be denied if the <a href="#">prior authorization</a> program is not followed.
	<a href="#">Hospice services</a>	10% <a href="#">coinsurance</a>	50% <a href="#">coinsurance</a>	Benefits may be denied if the <a href="#">prior authorization</a> program is not followed.
<b>If your child needs dental or eye care</b>	Children's eye exam	Not covered	Not covered	None.
	Children's glasses			
	Children's dental check-up	No charge; <a href="#">Deductible</a> does not apply	No charge; <a href="#">Deductible</a> does not apply	Coverage limited to \$17/exam, \$36/cleaning, and \$1,000/year (does not apply to routine exams, cleanings, x-rays, fluoride, or sealants for children under age 19). *See section dental benefits.

#### Excluded Services & Other Covered Services:

##### Services Your [Plan](#) Generally Does NOT Cover (Check your policy or plan document for more information and a list of any other [excluded services](#).)

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acupuncture (unless provided by an M.D. or D.O.)</li> <li>• Bariatric surgery (unless <a href="#">medically necessary</a>)</li> <li>• Cosmetic surgery</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hearing aids</li> <li>• Infertility treatment</li> <li>• Long-term care</li> <li>• Non-emergency care when traveling outside the U.S.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Routine eye care (Child)</li> <li>• Weight loss programs (unless for treatment of morbid obesity under direct supervision of a healthcare professional)</li> </ul> |
|--|---|---|

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

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

- Chiropractic care (limited to [network providers](#) and \$25/visit up to \$600/year)
- Dental care (Adult)
- Private-duty nursing
- Routine eye care (Adult) (limited to employees only)
- Routine foot care (limited to [network providers](#) and \$25/visit up to \$500/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](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). Other coverage options may be available to you too, including buying individual insurance coverage through the Health Insurance [Marketplace](#). For more information about the [Marketplace](#), visit [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) or call 1-800-318-2596.

**Your Grievance and Appeals Rights:** There are agencies that can help if you have a complaint against your [plan](#) for a denial of a [claim](#). This complaint is called a [grievance](#) or [appeal](#). For more information about your rights, look at the explanation of benefits you will receive for that medical [claim](#). Your [plan](#) documents also provide complete information to submit a [claim](#), [appeal](#), or a [grievance](#) for any reason to your [plan](#). For more information about your rights, this notice, or assistance, contact: UNITE HERE HEALTH at 1-866-686-0003, or the Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform).

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

[Minimum Essential Coverage](#) generally includes [plans](#), [health insurance](#) available through the [Marketplace](#) or other individual market policies, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, and certain other coverage. If you are eligible for certain types of [Minimum Essential Coverage](#), you may not be eligible for the [premium tax credit](#).

**Does this plan meet the Minimum Value Standards? Yes.**

If your [plan](#) doesn't meet the [Minimum Value Standards](#), you may be eligible for a [premium tax credit](#) to help you pay for a [plan](#) through the [Marketplace](#).

**Language Access Services:**

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-866-686-0003.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-686-0003.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-866-686-0003.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-866-686-0003.

*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](#) \$100
- [Specialist copayment](#) \$10
- Hospital (facility) [coinsurance](#) 10%
- Other [coinsurance](#) 10%

This EXAMPLE event includes services like:

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

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

In this example, Peg would pay:

<i>Cost Sharing</i>	
<a href="#">Deductibles</a>	\$100
<a href="#">Copayments</a>	\$10
<a href="#">Coinsurance</a>	\$900
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$50
<b>The total Peg would pay is</b>	<b>\$1,060</b>

**Managing Joe's type 2 Diabetes**  
(a year of routine in-network care of a well-controlled condition)

- The [plan's](#) overall [deductible](#) \$100
- [Specialist copayment](#) \$10
- Hospital (facility) [coinsurance](#) 10%
- Other [coinsurance](#) 10%

This EXAMPLE event includes services like:

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

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

In this example, Joe would pay:

<i>Cost Sharing</i>	
<a href="#">Deductibles</a>	\$100
<a href="#">Copayments</a>	\$600
<a href="#">Coinsurance</a>	\$10
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$40
<b>The total Joe would pay is</b>	<b>\$750</b>

**Mia's Simple Fracture**  
(in-network emergency room visit and follow up care)

- The [plan's](#) overall [deductible](#) \$100
- [Specialist copayment](#) \$10
- Hospital (facility) [coinsurance](#) 10%
- Other [coinsurance](#) 10%

This EXAMPLE event includes services like:

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

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

In this example, Mia would pay:

<i>Cost Sharing</i>	
<a href="#">Deductibles</a>	\$100
<a href="#">Copayments</a>	\$70
<a href="#">Coinsurance</a>	\$200
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$0
<b>The total Mia would pay is</b>	<b>\$370</b>

Note: These numbers assume [referrals](#) from a PCP were obtained for specialty care.



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, visite [www.uhh.org](http://www.uhh.org) o llame al 1-866-686-0003. Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [delineados](#) consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov) o llamar a 1-866-686-0003 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> general?	Servicios <a href="#">dentro de la red</a> : USD \$100/por persona o \$200/por familia Servicios fuera de la red: USD \$500/por persona	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta el <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si usted tiene otros miembros de la familia en el <a href="#">plan</a> , cada miembro de la familia debe cumplir con su propio <a href="#">deducible</a> individual, hasta que el monto total de gastos de <a href="#">deducible</a> pagados por todos los miembros de la familia cumpla con el <a href="#">deducible</a> total por familia.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <a href="#">deducible</a> ?	Sí. Tratamiento de emergencia en una sala de emergencias, los servicios <a href="#">dentro de la red</a> que el <a href="#">plan</a> cubre al 100% o para los cuales usted paga un <a href="#">copago</a> , y <a href="#">medicamentos con receta</a> están cubiertos antes de cumplir con su deducible.	Este <a href="#">plan</a> cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del <a href="#">deducible</a> . Sin embargo, es posible que se aplique un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> .
¿Hay algún otro <a href="#">deducible</a> por servicios específicos?	No.	No tiene que pagar un <a href="#">deducible</a> por servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este <a href="#">plan</a> ?	USD \$1,000 por persona	El <a href="#">límite a los gastos directos del bolsillo</a> es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en este <a href="#">plan</a> , tienen que cumplir con sus propios <a href="#">límites de gastos directo del bolsillo</a> hasta que se cumpla el <a href="#">límite de gastos directo del bolsillo</a> total por familia.
¿Qué no incluye el <a href="#">desembolso máximo</a> ?	<a href="#">Primas</a> , <a href="#">cargos por facturación de saldo</a> , atención médica que este <a href="#">plan</a> no cubre, los cuidados de dental, <a href="#">copagos</a> , gastos fuera de la red, y penalidades por no obtener <a href="#">autorización previa</a> para servicios.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el <a href="#">límite de gastos directos del bolsillo</a> .

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



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un <a href="#">proveedor</a> de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$10 <a href="#">copago</a> /visita; El <a href="#">deducible</a> no se aplica	50% <a href="#">coseguro</a>	Ninguna.
	Visita al <a href="#">especialista</a>	\$10 <a href="#">copago</a> /visita con <a href="#">referencia</a> de un <a href="#">proveedor de atención primaria</a> ; \$20 <a href="#">copago</a> /visita sin <a href="#">referencia</a> de un <a href="#">proveedor de atención primaria</a> ; El <a href="#">deducible</a> no se aplica	50% <a href="#">coseguro</a>	Usted paga un 10% de <a href="#">coseguro</a> por podiatría no rutinaria <a href="#">dentro de la red</a> . No hay cobertura para podiatría fuera de la red.
	<a href="#">Atención preventiva/examen colectivo</a> /vacuna	\$15 <a href="#">copago</a> /visita por niño menor de 6 y sin cargo para otros <a href="#">cuidados preventivos</a> ; El <a href="#">deducible</a> no se aplica	No tiene cobertura	Es posible que usted tenga que pagar por servicios que no sean <a href="#">preventivos</a> . Pregunte a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios necesarios son preventivos. Luego compruebe lo que su <a href="#">plan</a> pagará por el servicio. Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de <a href="#">autorización previa</a> . *Vea la sección de Beneficios Médicos.



Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
<b>Si se realiza un examen</b>	<a href="#">Prueba diagnóstica</a> (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo; El <a href="#">deducible</a> no se aplica	50% <a href="#">coseguro</a>	Usted paga un <a href="#">coseguro</a> del 10% por radiografías de quiropráctica <a href="#">dentro de la red</a> y la cobertura está limitada a \$400/año. Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de <a href="#">autorización previa</a> .
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	10% <a href="#">coseguro</a>	50% <a href="#">coseguro</a>	Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de <a href="#">autorización previa</a> .
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección</b> Hay más información disponible acerca de la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> en <a href="http://www.hospitalityrx.org">www.hospitalityrx.org</a>	Medicamentos genéricos	\$3 <a href="#">copago</a> /receta (venta minorista y pedidos por correo); El <a href="#">deducible</a> no se aplica	No tiene cobertura	Los <a href="#">medicamentos especializados</a> deben ser obtenidos a través de la farmacia especializada de pedidos por correo. Pueden aplicarse límites de cantidad, requisitos de <a href="#">autorización previa</a> y otros programas de contención de costos. *Vea la sección de beneficios de medicamentos con receta.
	Medicamentos de marcas preferidas	\$12 <a href="#">copago</a> /receta (venta minorista y pedidos por correo); El <a href="#">deducible</a> no se aplica	No tiene cobertura	
	Medicamentos de marcas no preferidas	\$27 <a href="#">copago</a> /receta (venta minorista y pedidos por correo); El <a href="#">deducible</a> no se aplica	No tiene cobertura	
	Medicamentos biosimilares o de <a href="#">especialidad</a>	\$3, \$12, o \$27 <a href="#">copago</a> /receta, según la categoría del medicamento (pedidos por correo); El <a href="#">deducible</a> no se aplica	No tiene cobertura	
<b>Si se somete a una operación ambulatoria</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	10% <a href="#">coseguro</a>	50% <a href="#">coseguro</a>	Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de <a href="#">autorización previa</a> .
	Honorarios del médico/cirujano			
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>	\$50 <a href="#">copago</a> /visita, más 10% <a href="#">coseguro</a> ;	\$50 <a href="#">copago</a> /visita, más 10% <a href="#">coseguro</a> ;	El tratamiento <a href="#">dentro de la red</a> que no es de emergencia, cubierto con un <a href="#">coseguro</a> del 50%

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)	
		El <a href="#">deducible</a> no se aplica	El <a href="#">deducible</a> no se aplica	después de \$50 de <a href="#">copago</a> /visita. El tratamiento fuera de la red que no es de emergencia, cubierto con un <a href="#">coseguro</a> del 50% después del deducible.
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	10% <a href="#">coseguro</a>	10% <a href="#">coseguro</a>	Ninguna.
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	\$20 <a href="#">copago</a> /visita; El <a href="#">deducible</a> no se aplica	50% <a href="#">coseguro</a>	Ninguna.
<b>Si le hospitalizan</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	10% <a href="#">coseguro</a>	50% <a href="#">coseguro</a>	Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de <a href="#">autorización previa</a> .
	Honorarios del médico/cirujano			
<b>Si necesita servicios de salud mental, conductual o abuso de sustancias</b>	Servicios ambulatorios	\$10 <a href="#">copago</a> /visita al consultorio y 10% <a href="#">coseguro</a> por otros servicios de paciente externo; El <a href="#">deducible</a> no se aplica a visitas al consultorio	50% <a href="#">coseguro</a>	Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de <a href="#">autorización previa</a> .
	Servicios internos	10% <a href="#">coseguro</a>	50% <a href="#">coseguro</a>	Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de <a href="#">autorización previa</a> .
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	\$10 <a href="#">copago</a> /visita; El <a href="#">deducible</a> no se aplica	50% <a href="#">coseguro</a>	No se proporciona cobertura para el embarazo de una hija dependiente. Los beneficios de hospitalización pueden ser denegados si no se cumple con el programa de <a href="#">autorización previa</a> si es requerido. Dependiendo en el tipo de servicios, puede aplicar un <a href="#">copago</a> , <a href="#">coseguro</a> o <a href="#">deducible</a> . El cuidado de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte en el SBC (por ejemplo, ultrasonido).
	Servicios de parto profesionales	10% <a href="#">coseguro</a>	50% <a href="#">coseguro</a>	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	10% <a href="#">coseguro</a>	50% <a href="#">coseguro</a>	
<b>Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales</b>	<a href="#">Cuidado de la salud en el hogar</a>	10% <a href="#">coseguro</a>	50% <a href="#">coseguro</a>	Cobertura limitada a 60 visitas/año, incluyendo hasta 30 visitas fuera de la red. Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de <a href="#">autorización previa</a> .

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	10% <a href="#">coseguro</a>	50% <a href="#">coseguro</a>	Cobertura limitada a 30 visitas/año. Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de <a href="#">autorización previa</a> .
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>			
	<a href="#">Cuidado de enfermería especializada</a>	10% <a href="#">coseguro</a>	50% <a href="#">coseguro</a>	Cobertura limitada a 60 días/año, incluyendo hasta 30 días fuera de la red. Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de <a href="#">autorización previa</a> .
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	10% <a href="#">coseguro</a>	50% <a href="#">coseguro</a>	Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de <a href="#">autorización previa</a> .
	<a href="#">Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</a>	10% <a href="#">coseguro</a>	50% <a href="#">coseguro</a>	Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de <a href="#">autorización previa</a> .
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	No tiene cobertura	No tiene cobertura	Ninguna.
	Anteojos para niños			
	Chequeo dental pediátrico	Sin cargo; El <a href="#">deducible</a> no se aplica	Sin cargo; El <a href="#">deducible</a> no se aplica	Cobertura limitada a \$17/examen, \$36/limpieza, y \$1,000/año (no se aplica a exámenes de rutina, limpiezas, radiografías, fluoruro o sellantes para niños menores de 19 años). *Vea la sección de beneficios dentales.

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

Servicios que su <a href="#">plan</a> generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros <a href="#">servicios excluidos</a> .)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Acupuntura (a menos que sea proporcionada por un M.D. o un D.O.)</li> <li>Cirugía bariátrica (salvo que sea <a href="#">medicamento necesaria</a>)</li> <li>Cirugía cosmética</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aparatos auditivos</li> <li>Tratamiento de la infertilidad</li> <li>Cuidado de salud por tiempo prolongado</li> <li>Cuidados que no sean de emergencia cuando viaja fuera de los EE.UU.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuidados de visión rutinarios (Menores)</li> <li>Programas para bajar de peso (salvo para el tratamiento de la obesidad mórbida bajo la supervisión directa de un profesional de la salud)</li> </ul>
Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su <a href="#">plan</a> .)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuidados quiroprácticos (limitado a proveedores <a href="#">dentro de la red</a> y \$25/visita hasta \$600/año)</li> <li>Cuidados dentales (Adultos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios privados de enfermería</li> <li>Cuidados de visión rutinarios (Adultos) (limitado a los empleados únicamente)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuidados podiátricos de rutina (limitado a proveedores <a href="#">dentro de la red</a> y \$25/visita hasta \$500/año)</li> </ul>

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

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

**Sus derechos para presentar quejas o apelaciones:** Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle una [reclamación](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#) o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: UNITE HERE HEALTH al 1-866-686-0003, o al Departamento de Trabajo de Administración de Seguridad de los Beneficios del Empleado al 1-866-444-EBSA (3272) o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform).

**¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.**

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

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

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

#### **Servicios lingüísticos:**

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-866-686-0003.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-686-0003.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-866-686-0003.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-866-686-0003.

*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](#) \$100
- [Especialista copago](#) \$10
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) 10%
- Otro [coseguro](#) 10%

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**

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

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

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$100
Copagos	\$10
Coseguro	\$900
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$50
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$1,060</b>

**Control de la diabetes tipo 2 de Joe**

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$100
- [Especialista copago](#) \$10
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) 10%
- Otro [coseguro](#) 10%

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**

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

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

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$100
Copagos	\$600
Coseguro	\$10
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$40
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$750</b>

**Fractura simple de Mia**

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$100
- [Especialista copago](#) \$10
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) 10%
- Otro [coseguro](#) 10%

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**

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

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

**En este ejemplo, Mia pagaría:**

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$100
Copagos	\$70
Coseguro	\$200
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$370</b>

Nota: Estas cifras asumen que [referencias](#) de un PCP fueron obtenidas para cuidados especializados.

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



## Important information about healthcare reform

### 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 (866) 686-0003, or mail your questions or complaints to:

Chief Executive Officer  
UNITE HERE HEALTH  
PO Box 6020  
Aurora IL 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.

---

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

**UNITE HERE HEALTH considera que su plan es un “plan de salud de derechos adquiridos”** (grandfathered health plan) en virtud de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio y Protección al Paciente (Affordable Care Act). Según lo establecido por la Ley del Cuidado 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 Cuidados 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 Cuidado de Salud a Bajo Precio.

Si tiene preguntas sobre qué disposiciones de la Ley del Cuidado 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 (866) 686-0003 o envíe sus preguntas por correo a:

Director General  
UNITE HERE HEALTH  
PO Box 6020  
Aurora IL 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.

CC 01/2017