



Here's Your Summary of Benefits and Coverage!

Your Summary of Benefits and Coverage (SBC) summarizes your benefits for common medical care. The SBC is required under federal law to let you 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 only show benefits paid for employees. Benefits paid for any covered dependents are not shown. For example, hospital charges for a dependent newborn may be covered, even though the coverage example shows these charges are excluded. (Newborn charges are paid as a separate claim, subject to separate deductibles or copays – not under the mother's claims).

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 estipula que su SBC le debe permitir hacer una fácil comparación de 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 solo muestran beneficios pagados a empleados. No muestran beneficios pagados a ningún dependiente de empleado que tenga cobertura. Por ejemplo, los costos de hospital para un recién nacido dependiente pueden estar cubiertos, aunque en el ejemplo de cobertura aparezca que esos cargos están excluidos. (Los cargos de recién nacidos se pagan como reclamo separado, sujetos a la separación de deducibles o copagos, no bajo el reclamo de la madre).

¿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.




This is only a summary. If you want more detail about your coverage and costs, you can get the complete terms in the policy or plan document at www.uhh.org or by calling 1-866-686-0003.

Important Questions	Answers	Why this Matters:
What is the overall deductible?	For network providers \$250 person / \$750 family and for non-network providers \$250 person / \$750 family. Doesn't apply to prescription drugs, or network services for: preventive care, office, or urgent care center visits, or home health care.	You must pay all the costs up to the deductible amount before this plan begins to pay for covered services you use. Check your policy or plan document to see when the deductible starts over (usually, but not always, January 1st). See the chart starting on page 2 for how much you pay for covered services after you meet the deductible .
Are there other deductibles for specific services?	No.	You don't have to meet deductibles for specific services, but see the chart starting on page 2 for other costs for services this plan covers.
Is there an out-of-pocket limit on my expenses?	Yes. Basic limit: \$1,000 /person & \$2,000 /family Safety Net limit: \$6,350 /person & \$12,700 /family	The out-of-pocket limit is the most you could pay during a coverage period (usually one year) for your share of the cost of covered services. This limit helps you plan for health care expenses.
What is not included in the out-of-pocket limit?	Premiums, balance-billed charges, healthcare this plan doesn't cover, non-network charges, and penalties for failure to prior authorize care. For basic limit only: deductibles, copays, and non-emergent treatment in ER.	Even though you pay these expenses, they don't count toward the out-of-pocket limit .
Does this plan use a network of providers?	Yes. For a list of network providers , see www.bcbsil.com or call 1-800-810-2583.	If you use an in-network doctor or other health care provider , this plan will pay some or all of the costs of covered services. Be aware, your in-network doctor or hospital may use an out-of-network provider for some services. Plans use the term in-network, preferred , or participating for providers in their network . See the chart starting on page 2 for how this plan pays different kinds of providers .

Questions: Call 1-866-686-0003 or visit us at www.uhh.org for more information, including a copy of your Plan's Summary Plan Description. If you aren't clear about any of the bolded terms used in this form, see the Glossary. You can view the Glossary at www.cciio.cms.gov or call 1-866-686-0003 to request a copy. See the cover letter for information about how your coverage election options may affect this document.

Important Questions	Answers	Why this Matters:
Do I need a referral to see a specialist ?	No.	You can see the specialist you choose without permission from this plan.
Are there services this plan doesn't cover?	Yes.	Some of the services this plan doesn't cover are listed on page 6. See your policy or plan document for additional information about excluded services .

- 
- **Copayments** are fixed dollar amounts (for example, \$15) you pay for covered health care, usually when you receive the service.
 - **Co-insurance** is *your* share of the costs of a covered service, calculated as a percent of the **allowed amount** for the service. For example, if the plan's **allowed amount** for an overnight hospital stay is \$1,000, your **co-insurance** payment of 20% would be \$200. This may change if you haven't met your **deductible**.
 - The amount the plan pays for covered services is based on the **allowed amount**. If an out-of-network **provider** charges more than the **allowed amount**, you may have to pay the difference. For example, if an out-of-network hospital charges \$1,500 for an overnight stay and the **allowed amount** is \$1,000, you may have to pay the \$500 difference. (This is called **balance billing**.)
 - This plan may encourage you to use network **providers** by charging you lower **deductibles**, **copayments** and **co-insurance** amounts.

Common Medical Event	Services You May Need	Your cost if you use a		Limitations & Exceptions
		Network Provider	Non-Network Provider	
If you visit a health care provider's office or clinic	Primary care visit to treat an injury or illness	\$10 copay/visit	40% co-insurance	————— none —————
	Specialist visit	\$10 copay/visit if PCP-referred; \$20 copay/visit all other	40% co-insurance	————— none —————
	Other practitioner office visit	Chiropractic care: \$15 copay/visit; Acupuncture: \$10 copay/visit for PCP or PCP-referred specialist & \$20 copay/visit all other	40% co-insurance	————— none —————
	Preventive care/screening/immunization	No charge	Not covered	See your Summary Plan Description for more information.
If you have a test	Diagnostic test (x-ray, blood work)	10% co-insurance	40% co-insurance	————— none —————
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	10% co-insurance	40% co-insurance	Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed.

Common Medical Event	Services You May Need	Your cost if you use a		Limitations & Exceptions
		Network Provider	Non-Network Provider	
If you need drugs to treat your illness or condition More information about prescription drug coverage is available at www.hospitalityrx.org .	Generic drugs	\$10 copay/retail prescription and \$20/mail prescription	Not covered	No charge for certain preventive care drugs and supplies. Specialty drugs must be obtained through the specialty mail order pharmacy. Quantity limits, prior authorization, and other cost-containment programs may apply. See your Summary Plan Description for more information.
	Preferred brand drugs	\$20 copay/retail prescription and \$40/mail prescription	Not covered	
	Non-preferred brand drugs	\$45 copay/retail prescription and \$90/mail prescription	Not covered	
	Specialty drugs	\$10/\$20/\$45 copay at retail and \$20/\$40/\$90 copay at mail, based on drug category	Not covered	
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	10% co-insurance	40% co-insurance	Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed.
	Physician/surgeon fees			
If you need immediate medical attention	Emergency room services	No charge after \$75 copay/visit	No charge after \$75 copay/visit	Non-emergency treatment covered at 50% after \$75 copay/visit.
	Emergency medical transportation	10% co-insurance	10% co-insurance	—————none—————
	Urgent care	\$20 copay/visit	40% co-insurance	—————none—————
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	10% co-insurance	40% co-insurance	Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed.
	Physician/surgeon fee			
If you have mental health, behavioral health, or substance abuse needs	Mental/Behavioral health outpatient services	\$10 copay/visit for office visits and 10% co-insurance for other outpatient services	40% co-insurance	Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed.

Common Medical Event	Services You May Need	Your cost if you use a		Limitations & Exceptions
		Network Provider	Non-Network Provider	
	Mental/Behavioral health inpatient services	10% co-insurance	40% co-insurance	Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed.
	Substance use disorder outpatient services	\$10 copay/visit for office visits and 10% co-insurance for other outpatient services	40% co-insurance	Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed.
	Substance use disorder inpatient services	10% co-insurance	40% co-insurance	Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed.
If you are pregnant	Prenatal and postnatal care	No charge preventive prenatal care; \$10 copay for first visit all other care	40% co-insurance	No coverage provided for pregnancy of a dependent child other than preventive prenatal care. Inpatient benefits may be denied if the prior authorization program is not followed.
	Delivery and all inpatient services	10% co-insurance	40% co-insurance	
If you need help recovering or have other special health needs	Home health care	\$15 copay/visit	30% co-insurance	Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed.
	Rehabilitation services	10% co-insurance	40% co-insurance	Coverage for cardiac therapy limited to 36 visits/episode. All other services, except speech therapy for children, limited to 30 visits/year. Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed.
	Habilitation services	10% co-insurance	40% co-insurance	
	Skilled nursing care	10% co-insurance	40% co-insurance	Coverage limited to 120 days/year. Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed.
	Durable medical equipment	10% co-insurance	50% co-insurance	Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed.
	Hospice service	10% co-insurance	30% co-insurance	Coverage limited to 210 days/year, with additional 5 days for bereavement counseling. Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed.
If your child needs dental or eye care	Eye exam	Not covered	Not covered	Vision benefits may be provided separately.
	Glasses	Not covered	Not covered	

Common Medical Event	Services You May Need	Your cost if you use a		Limitations & Exceptions
		Network Provider	Non-Network Provider	
	Dental check-up	Not covered	Not covered	Dental benefits may be provided separately.

Excluded Services & Other Covered Services:

Services Your Plan Does NOT Cover (This isn't a complete list. Check your policy or plan document for other excluded services.)		
<ul style="list-style-type: none"> Bariatric surgery, unless certain criteria are met Cosmetic surgery Dental care (Adult) (may be covered separately) Dental check-ups (Child) (may be covered separately) Eye exams/glasses (Child) (may be covered separately) 	<ul style="list-style-type: none"> Hearing aids Infertility treatment Long-term care Non-emergency care when traveling outside the U.S. Private duty nursing 	<ul style="list-style-type: none"> Routine eye care (Adult) (may be covered separately) Routine foot care Weight loss programs, unless for treatment of morbid obesity under direct supervision of a healthcare professional

Other Covered Services (This isn't a complete list. Check your policy or plan document for other covered services and your costs for these services.)	
<ul style="list-style-type: none"> Acupuncture 	<ul style="list-style-type: none"> Chiropractic care

Your Rights to Continue Coverage:

If you lose coverage under the plan, then, depending upon the circumstances, Federal and State laws may provide protections that allow you to keep health coverage. Any such rights may be limited in duration and will require you to pay a premium, which may be significantly higher than the premium you pay while covered under the plan. Other limitations on your rights to continue coverage may also apply.

For more information on your rights to continue coverage, contact the plan at 1-866-686-0003. You may also contact your state insurance department, the U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-3272 or www.dol.gov/ebsa, or the U.S. Department of Health and Human Services at 1-877-267-2323 x61565 or www.cciio.cms.gov.

Your Grievance and Appeals Rights:

If you have a complaint or are dissatisfied with a denial of coverage for claims under your plan, you may be able to **appeal** or file a **grievance**. For questions about your rights, this notice, or assistance, you can 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.

Does this Coverage Provide Minimum Essential Coverage?

The Affordable Care Act requires most people to have health care coverage that qualifies as "minimum essential coverage." **This plan or policy does provide minimum essential coverage.**

Does this Coverage Meet the Minimum Value Standard?

The Affordable Care Act establishes a minimum value standard of benefits of a health plan. The minimum value standard is 60% (actuarial value). **This health coverage does meet the minimum value standard for the benefits it provides.**

Para obtener asistencia en Español, llame al 1-866-686-0003.

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

如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-866-686-0003.

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 page.

About these Coverage Examples:

These examples show how this plan might cover medical care in given situations. Use these examples to see, in general, how much financial protection a sample patient might get if they are covered under different plans.



This is not a cost estimator.

Don't use these examples to estimate your actual costs under this plan. The actual care you receive will be different from these examples, and the cost of that care will also be different.

See the next page for important information about these examples.

Having a baby (normal delivery)

- Amount owed to providers: \$7,540
- Plan pays \$5,420
- Patient pays \$2,120

Sample care costs:

Hospital charges (mother)	\$2,700
Routine obstetric care	\$2,100
Hospital charges (baby)	\$900
Anesthesia	\$900
Laboratory tests	\$500
Prescriptions	\$200
Radiology	\$200
Vaccines, other preventive	\$40
Total	\$7,540

Patient pays:

Deductibles	\$300
Copays	\$20
Co-insurance	\$800
Limits or exclusions	\$1,000
Total	\$2,120

Notes: The patient is assumed to be an employee using PCP-referred specialists.

Benefits that may be payable for the hospital charges for the baby are not reflected above.

The above example assumes lab tests are performed by your doctor.

Managing type 2 diabetes (routine maintenance of a well-controlled condition)

- Amount owed to providers: \$5,400
- Plan pays \$4,200
- Patient pays \$1,200

Sample care costs:

Prescriptions	\$2,900
Medical Equipment and Supplies	\$1,300
Office Visits and Procedures	\$700
Education	\$300
Laboratory tests	\$100
Vaccines, other preventive	\$100
Total	\$5,400

Patient pays:

Deductibles	\$200
Copays	\$900
Co-insurance	\$0
Limits or exclusions	\$100
Total	\$1,200

Notes: The patient is assumed to be an employee using PCP-referred specialists. The above example assumes lab tests are performed by your doctor.

Questions and answers about the Coverage Examples:

What are some of the assumptions behind the Coverage Examples?

- Costs don't include **premiums**.
- Sample care costs are based on national averages supplied by the U.S. Department of Health and Human Services, and aren't specific to a particular geographic area or health plan.
- The patient's condition was not an excluded or preexisting condition.
- All services and treatments started and ended in the same coverage period.
- There are no other medical expenses for any member covered under this plan.
- Out-of-pocket expenses are based only on treating the condition in the example.
- The patient received all care from in-network **providers**. If the patient had received care from out-of-network **providers**, costs would have been higher.

What does a Coverage Example show?

For each treatment situation, the Coverage Example helps you see how **deductibles**, **copayments**, and **co-insurance** can add up. It also helps you see what expenses might be left up to you to pay because the service or treatment isn't covered or payment is limited.

Does the Coverage Example predict my own care needs?

- ✗ **No.** Treatments shown are just examples. The care you would receive for this condition could be different based on your doctor's advice, your age, how serious your condition is, and many other factors.

Does the Coverage Example predict my future expenses?

- ✗ **No.** Coverage Examples are **not** cost estimators. You can't use the examples to estimate costs for an actual condition. They are for comparative purposes only. Your own costs will be different depending on the care you receive, the prices your **providers** charge, and the reimbursement your health plan allows.

Can I use Coverage Examples to compare plans?

- ✓ **Yes.** When you look at the Summary of Benefits and Coverage for other plans, you'll find the same Coverage Examples. When you compare plans, check the "Patient Pays" box in each example. The smaller that number, the more coverage the plan provides.

Are there other costs I should consider when comparing plans?

- ✓ **Yes.** An important cost is the **premium** you pay. Generally, the lower your **premium**, the more you'll pay in out-of-pocket costs, such as **copayments**, **deductibles**, and **co-insurance**. You should also consider contributions to accounts such as health savings accounts (HSAs), flexible spending arrangements (FSAs) or health reimbursement accounts (HRAs) that help you pay out-of-pocket expenses.

Questions: Call 1-866-686-0003 or visit us at www.uhh.org for more information, including a copy of your Plan's Summary Plan Description. If you aren't clear about any of the bolded terms used in this form, see the Glossary. You can view the Glossary at www.cciio.cms.gov or call 1-866-686-0003 to request a copy. See the cover letter for information about how your coverage election options may affect this document.



Éste es solo un resumen. Si desea más información sobre la cobertura y los precios, puede obtener los documentos del plan o términos de la póliza en www.uhh.org o llamando al 1-866-686-0003.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Qué es el deducible general?	\$250 por persona / \$750 por familia para servicios prestados dentro de la red y \$250 por persona / \$750 por familia para servicios prestados fuera de la red No se aplica a medicamentos con receta, o servicios dentro de la red para: cuidados preventivos, visitas a consultorios o centros de atención urgente, o cuidados domiciliarios de salud.	Usted debe pagar todos los costos hasta el monto deducible antes de que este plan comience a pagar los servicios cubiertos que usted utiliza. Consulte su póliza o documento del plan para ver cuándo comienza a calcularse nuevamente el deducible (generalmente, pero no siempre, el 1 de enero). Consulte el cuadro que comienza en la página 2 para averiguar cuánto paga por los servicios cubiertos después de cubrir el deducible general .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No	Usted no tiene que cubrir el monto del deducible por servicios específicos, pero vea el gráfico que comienza en la página 2 para otros costos de los servicios cubiertos por este plan.
¿Hay un límite para los gastos de mi bolsillo ?	Sí. Límite básico: \$1.000 por persona y \$2.000 por familia Límite de red de seguridad: \$6.350 por persona y \$12.700 por familia	El límite de gastos directos es el monto máximo que usted puede pagar durante un período de cobertura (generalmente un año) por su porcentaje del costo de los servicios cubiertos. Este límite ayuda a su plan por los gastos de cuidados de salud.
¿Cuáles son las expensas que no cuentan para el límite de gastos del bolsillo ?	Las primas, los cargos por facturación de saldo, los cuidados de salud que este plan no cubre, cargos fuera de la red, y las penalidades por no utilizar cuidados de previa autorización. Únicamente para límite básico: los deducibles, los copagos, y los tratamientos en salas de emergencia (ER) de cuadros que no son emergencias.	Aunque usted pague estos cargos, no se cuentan a la hora de aplicar el límite de gastos directos .
¿Tiene este plan una red de proveedores ?	Sí. Para consultar una lista de proveedores de la red, ingrese a www.bcbsil.com o llame al 1-800-810-2583.	Si usted se atiende con un médico u otro proveedor de cuidados de salud dentro de la red, este plan pagará algunos o todos los costos de los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que su médico u hospital de la red puede utilizar a un proveedor que no pertenece a la red para ciertos servicios. Los planes utilizan los términos dentro de la red, preferido o participante para proveedores que se encuentran dentro de la red . Consulte la página que comienza en la página 2 para averiguar cómo paga este plan a distintos tipos de proveedores .

Preguntas: Llame al 1-866-686-0003 o visite www.uhh.org para más información, incluyendo una copia de la Descripción Resumida de su Plan. Si no entiende alguno de los términos en negrita, consulte el Glosario en www.cciio.cms.gov o llame al 1-866-686-0003 y pida una copia. Consulte la carta de presentación para obtener información sobre cómo su elección de cobertura puede afectar la lectura de este documento.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Necesito un referido para ver un especialista ?	No.	Puede atenderse con el especialista que usted elija sin obtener un permiso previo por parte de este plan.
¿Hay algún servicio(s) que el plan no cubra?	Sí.	Algunos de los servicios que este plan no cubre figuran en la página 6. Consulte su póliza o su documento del plan para más información sobre servicios excluidos.



- **Copago** es una cantidad fija (por ejemplo \$15) que usted paga por los servicios médicos cubiertos, generalmente al momento de recibirlos.
- **Coseguro** es la parte que le corresponde pagar a *usted* por un servicio cubierto, que es un porcentaje de la **cantidad aprobada** para dicho servicio. Por ejemplo, si la **cantidad aprobada** por el plan para pasar la noche en el hospital es \$1,000, su coseguro será el 20% de esa cantidad o sea \$200. Esta cantidad puede cambiar si usted aún no ha pagado el **deducible**.
- El pago del plan por los servicios cubiertos está basado en la **cantidad aprobada**. Si un **proveedor** fuera de la red (que no pertenece a la red del plan) le cobra más de la **cantidad aprobada**, usted tendrá que pagar la diferencia. Por ejemplo, en un hospital que no pertenece a la red le cobran por pasar la noche internado \$1,500 la **cantidad aprobada** es \$1,000, usted tendrá que pagar la diferencia de \$500 (conocida como **saldo de facturación**.)
- El plan puede animarlo a que use **proveedores** de la red cobrándole **deducibles, copagos o coseguro** más bajos..

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa		Limitaciones y excepciones
		proveedores participantes	proveedores no participantes	
Si se atiende en la clínica o consultorio del proveedor médico	Consulta con su médico principal para tratar una condición o herida	\$10 copago/visita	40% coseguro	————ninguna————
	Consulta con un especialista	Copago de \$10 por visita si fue remitido por el médico de atención primaria; copago de \$20 para todas las demás visitas.	40% coseguro	————ninguna————

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa		Limitaciones y excepciones
		proveedores participantes	proveedores no participantes	
	Consulta con otro proveedor de la salud	Cuidados quiroprácticos: \$15 copago/visita; Acupuntura: \$10 copago/visita para el médico de atención primaria o médico de atención primaria especialista referido & \$20 copago/visita para todas las demás visitas.	40% coseguro	ninguna
	Servicios preventivos/evaluaciones/vacunas	Sin cargo	No está cubierto	Ver su Descripción Resumida del Plan para más información.
Si tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	10% coseguro	40% coseguro	ninguna
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	10% coseguro	40% coseguro	Los beneficios pueden ser denegados si el programa de autorización previa no se sigue.
Si necesita un medicamento	Medicamentos genéricos	\$10 copago/receta para venta minorista y \$20/receta para venta por correo	No cubierto	No hay cobro para ciertos medicamentos de atención preventiva y suministros. Los medicamentos especializados deben ser obtenidos a través de la farmacia de pedidos por correo de especialidad. Límites de cantidad, autorización previa y otros contención de costos del programa pueden aplicar. Consulte su Descripción Resumida del Plan para más información.
Para más información sobre la cobertura de medicamentos visite www.hospitalityrx.org	Medicamentos de marca preferidos	\$20 copago/receta para venta minorista y \$40/receta para venta por correo	No cubierto	
	Medicamentos de marca no preferidos	\$45 copago/receta para venta minorista y \$90/receta para venta por correo	No cubierto	

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa		Limitaciones y excepciones
		proveedores participantes	proveedores no participantes	
	Medicamentos especiales	\$10/\$20/\$45 copago en venta minorista y \$20/\$40/\$90 copago en venta por correo, dependiendo de la categoría	No cubierto	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (clínica)	10% coseguro	40% coseguro	Los beneficios pueden ser denegados si el programa de autorización previa no se sigue.
	Tarifa del médico/cirujano			
Si necesita atención inmediata	Servicios de la sala de emergencias	No hay cargos después de un copago de \$75/visita	No hay cargos después de un copago de \$75/visita	Tratamiento de no emergencia es cubierto al 50% después de copago de \$75/visita.
	Traslado médico de emergencia	10% coseguro	10% coseguro	ninguna
	Cuidado urgente	\$20 copago/visita	40% coseguro	ninguna
Si lo admiten al hospital	Arancel del hospital (habitación)	10% coseguro	40% coseguro	Los beneficios pueden ser denegados si el programa de autorización previa no se sigue.
	Tarifa del médico/cirujano			
Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta	\$10 copago/visita para visitas a la clínica y 10% de co-seguro para otros servicios ambulatorios	40% coseguro	Los beneficios pueden ser denegados si el programa de autorización previa no se sigue.
	Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados	10% coseguro	40% coseguro	Los beneficios pueden ser denegados si el programa de autorización previa no se sigue.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa		Limitaciones y excepciones
		proveedores participantes	proveedores no participantes	
	Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias	\$10 copago/visita para visitas a la clínica y 10% de coseguro para otros servicios ambulatorios	40% coseguro	Los beneficios pueden ser denegados si el programa de autorización previa no se sigue.
	Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados	10% coseguro	40% coseguro	Los beneficios pueden ser denegados si el programa de autorización previa no se sigue.
Si está embarazada	Cuidados prenatales y post parto	Cuidados prenatales preventivos sin cargo; copago de \$10 para la primera visita por cualquier otro servicio.	40% coseguro	No se brinda cobertura a menores dependientes embarazadas, salvo cuidados prenatales preventivos. Los beneficios por internación pueden ser denegados si el programa de autorización previa no se sigue.
	Parto y todos los servicios de internación	10% coseguro	40% coseguro	
Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales	Cuidado de la salud en el hogar	\$15 copago/visita	30% coseguro	Los beneficios pueden ser denegados si el programa de autorización previa no se sigue.
	Servicios de rehabilitación	10% coseguro	40% coseguro	Cobertura para terapia cardíaca limitada a 36 visitas/episodio. Todos los demás servicios, excepto terapia del habla para niños, están limitados a 30 visitas/año. Los beneficios pueden ser denegados si el programa de autorización previa no se sigue.
	Servicios de recuperación de las habilidades	10% coseguro	40% coseguro	
	Cuidado de enfermería especializado	10% coseguro	40% coseguro	Cobertura limitada a 120 días/año. Los beneficios pueden ser denegados si el programa de autorización previa no se sigue.
	Equipo médico duradero	10% coseguro	50% coseguro	. Los beneficios pueden ser denegados si el programa de autorización previa no se sigue..

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa		Limitaciones y excepciones
		proveedores participantes	proveedores no participantes	
	Cuidado de hospicio	10% coseguro	30% coseguro	Cobertura limitada a 210 días por año, con 5 días adicionales para apoyo psicológico por duelo. Los beneficios pueden ser denegados si no se utiliza el programa de autorización previa no se sigue.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista	No se cubre	No se cubre	Los beneficios de la visión podrían ser proveídos por separado.
	Anteojos	No se cubre	No se cubre	
	Consulta dental	No se cubre	No se cubre	Los beneficios dentales podrían ser proveídos por separado.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Los servicios que su plan NO cubre. (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan para más información.)		
<ul style="list-style-type: none"> • Audífonos • Cirugía bariátrica, salvo que se cumplan ciertos criterios • Audífonos Cirugía cosmética • Servicio privado de enfermería 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados de salud por tiempo prolongado • Cuidados podiátricos de rutina • Cuidados dentales (Adulto) (pueden ser proveídos por separado) • Cuidados de visión de rutina (Adulto) (pueden ser proveídos por separado) 	<ul style="list-style-type: none"> • Programas para bajar de peso, salvo para el tratamiento de la obesidad mórbida bajo la supervisión directa de un profesional de la salud • Tratamiento de la infertilidad • Cuidados de visión de rutina (adulto) (pueden ser proveídos por separado)

Otros servicios cubiertos. (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan para otros servicios cubiertos y sus precios.)		
<ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados quiroprácticos 	<ul style="list-style-type: none"> •

Su derecho para continuar con la cobertura:

Si usted pierde la cobertura bajo el plan, dependiendo de las circunstancias, la legislación estatal y federal puede brindarle protecciones que le permitan conservar la cobertura de salud. Cualquiera de dichos derechos puede tener una duración limitada y requerirá que usted pague una **prima, que puede ser significativamente más alta que la prima que pagaba cuando se encontraba cubierto por el plan.** También se pueden aplicar otras limitaciones a sus derechos para continuar con la cobertura.

Para más información sobre su derecho para continuar con la cobertura, comuníquese con el plan llamando al 1-866-686-0003. También puede comunicarse con el departamento de seguro de su estado, el Departamento de Trabajo de los E.U.A., Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado llamando al 1-866-444-3272 o visite www.dol.gov/ebsa, o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EUA (HHS) al 1-877-267-

2323 x61565 o visite www.cciio.cms.gov.

Su derecho a presentar una queja o una apelación:

Si tiene una queja o no está conforme con una denegación de cobertura de su plan, puede **apelar** la decisión o presentar una **queja**. Si tiene preguntas sobre sus derechos, este aviso, o necesita ayuda comuníquese con **UNITE HERE HEALTH** llamando al 1-866-686-0003, o con el **Departamento de Trabajo, Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado** llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o visite www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Esta cobertura brinda cobertura esencial mínima?

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio requiere que la mayoría de las personas cuenten con una cobertura de cuidados de salud que califique como “cobertura esencial mínima”. **Este plan o póliza brinda cobertura esencial mínima.**

¿Esta cobertura cumple con el estándar de valor mínimo?

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio establece un estándar de valor mínimo para beneficios de un plan de salud. El estándar de valor mínimo es 60% (valor actuarial). **Los beneficios que proporciona esta cobertura de salud cumplen con el estándar de valor mínimo.**

Para obtener asistencia en Español, llame al 1-866-686-0003.

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

如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-866-686-0003.

Dinek'ehgo shika at'obwol ninisingo, kwijigo holne' 1-866-686-0003.

Para ejemplos sobre cómo este plan paga por los servicios en una situación médica específica consulte la página siguiente.

Sobre los ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos le muestran cómo cubriría el plan los servicios en situaciones distintas. Úselos para tener una idea de cuánta cobertura económica podría obtener el paciente del ejemplo de los distintos planes.



Ésta no es una herramienta de cálculo de costos

No use estos ejemplos para calcular los costos reales de su plan. Los servicios médicos que usted reciba y los precios pueden ser distintos a los mencionados en los ejemplos.

Para información importante sobre estos ejemplos, consulte la página siguiente.

Nacimiento (parto normal)

- El proveedor cobra: \$7,540
- El plan paga: \$5,420
- Usted paga: \$2,120

Ejemplos de los costos:

El costo del hospital (madre)	\$2,700
Atención de rutina del obstetra	\$2,100
El costo del hospital (bebé)	\$900
Anestesia	\$900
Análisis de laboratorio	\$500
Medicamentos	\$200
Radiografías	\$200
Vacunas y otros servicios preventivos	\$40
Total	\$7,540

El paciente paga:

Deducibles	\$300
Copagos	\$20
Coseguro	\$800
Límites o exclusiones	\$1,000
Total	\$2,120

Notas: se presume que el paciente es un empleado que consulta a especialistas por remisión del médico de atención primaria.

Los beneficios que pueden ser pagaderos por los cargos de hospital por un bebé no están reflejados en el cuadro anterior.

Los ejemplos brindados arriba presumen que quien realiza los análisis de laboratorio es su médico.

Control de la diabetes (control rutinario de la enfermedad)

- El proveedor cobra: \$5,400
- El plan paga: \$4,200
- Usted paga: \$1,200

Ejemplo de los costos:

Medicamentos	\$2,900
Equipo médico e insumos	\$1,300
Visitas al consultorio y procedimientos médicos	\$700
Educación sobre el cuidado	\$300
Análisis de laboratorio	\$100
Vacunas y otros servicios preventivos	\$100
Total	\$5,400

El paciente paga:

Deducibles	\$200
Copagos	\$900
Coseguro	\$0
Límites o exclusiones	\$100
Total	\$1,200

Notas: Se presume que el paciente es un empleado que consulta a especialistas por remisión del médico de atención primaria. Los ejemplos brindados arriba presumen que quien realiza los análisis de laboratorio es su médico.

Preguntas y respuestas sobre los ejemplos mencionados:

¿Qué conceptos se presuponen de estos ejemplos?

- Los costos no incluyen las **primas**.
- Los ejemplos de costos están basados en los promedios nacionales provenientes del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. y que no son específicos para una zona geográfica o un plan.
- La afección del paciente no es una condición excluida ni preexistente.
- Todos los servicios y tratamientos empezaron y terminaron en el mismo período de cobertura.
- No hay otros gastos médicos para ningún miembro cubierto por este plan.
- Los gastos del bolsillo están basados solamente en el tratamiento del problema mencionado en el ejemplo.
- El paciente recibió todos los servicios de **proveedores** de la red del plan. Si el paciente hubiese recibido los servicios de **proveedores** fuera de la red, los costos hubieran sido más altos.

¿Qué muestra el ejemplo?

En cada ejemplo usted verá cómo suman los **deducibles**, **copagos** y **coseguro**. También le ayudan a ver cuáles son los gastos que tendrá que pagar usted porque no están cubiertos o porque el pago es limitado.

¿Contempla el ejemplo mis propias necesidades?

✗ **No**. Los tratamientos que mencionamos son solo ejemplos. El tratamiento que usted podría recibir para esta condición tal vez sea distinto, según cuál sea el consejo de su médico, su edad, la gravedad de su caso y otros factores.

¿Puede el ejemplo predecir mis gastos futuros?

✗ **No**. Los ejemplos de cobertura **no** son herramientas de cálculo de costos. Usted no puede usar el ejemplo para estimar el costo del cuidado de su condición. El ejemplo es únicamente para fines comparativos. Sus costos reales dependerán de los servicios que reciba, del precio del **proveedor** y del reembolso que autorice el plan.

¿Puedo usar los ejemplos para comparar los planes?

✓ **Sí**. Cuando usted se fija en el Resumen de Beneficios y Cobertura de otros planes, encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Cuando compare los planes, fíjese en el casillero titulado “Usted paga” de cada ejemplo. Cuanto más bajo el número, mayor será la cobertura ofrecida por el plan.

¿Debo tener en cuenta otros costos al comparar los planes?

✓ **Sí**. Un gasto importante es lo que paga de **prima**. Por lo general, cuanto más baja sea la **prima** mayores serán los gastos de su bolsillo, como los **copagos**, **deducibles** y **coseguro**. También debe tener en cuenta las contribuciones a cuentas tales como las Cuentas de Ahorros Médicos (HSA), Acuerdos de Gastos Flexibles (FSA) o las Cuentas de Reembolsos Médicos (HRA) que le ayudan con los gastos del bolsillo.