



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 1-855-405-FUND (3863). 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 1-855-405-FUND (3863) 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 ?	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.bcbsil.com or call 1-800-810-2583 for a list of network providers .	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	\$20 copay /visit	50% coinsurance	You pay \$15 copay /visit for Doctor on Demand (telehealth) visit.
	Specialist visit	\$40 copay /visit	50% coinsurance	You pay \$15 copay /visit for Doctor on Demand (telehealth) visit.
	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)	\$20 copay /visit (non-hospital); \$80 copay /visit (hospital)	50% coinsurance	Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed.
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	\$150 copay /visit (non-hospital); \$250 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 drugs on the formulary	\$10 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.
	Brand name drugs on the formulary	\$30 copay /prescription (retail and mail order)	Not covered	
	Specialty and biosimilar drugs on the formulary	25% coinsurance up to \$50 maximum/prescription (mail order)	Not covered	
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	\$150 copay /visit (ambulatory surgery center); \$250 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	Copay waived if admitted. No coverage for non-emergency care in a non-network

* 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)	
				emergency room. Network care that could be provided during routine office/ urgent care visit covered at 50% coinsurance .
	Emergency medical transportation	\$150 copay /trip	\$150 copay /trip	Coverage for ground ambulance limited to 2 trips/year. Benefits for air ambulance may be denied if the prior authorization program is not followed.
	Urgent care	\$40 copay /visit	50% coinsurance	None.
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	\$250 copay /day, up to \$750/admission	50% coinsurance	Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed.
	Physician/surgeon fees			
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	\$20 copay /office visit; \$40 copay /day, up to \$750/episode of care for other outpatient services	50% coinsurance	None.
	Inpatient services	\$250 copay /day, up to \$750/admission	50% coinsurance	None.
If you are pregnant	Office visits	\$20 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. Cost sharing does not apply to certain preventive services . Depending on the type of services, a copayment or coinsurance may apply. Maternity care may include tests and services described elsewhere in the SBC (i.e. ultrasound).
	Childbirth/delivery professional services	\$250 copay /day, up to \$750/admission	50% coinsurance	
	Childbirth/delivery facility services			
If you need help recovering or have other special health needs	Home health care	\$10 copay /visit	50% coinsurance	Coverage limited to 30 visits/year. Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed.
	Rehabilitation services	\$20 copay /visit (non-hospital); \$40 copay /visit (hospital)	50% coinsurance	Coverage for speech therapy limited to 30 visits/year. Coverage for physical/occupational therapy limited to 60 visits/year.
	Habilitation services			
	Skilled nursing care	\$250 copay /day, up to \$750/admission	50% coinsurance	Cost-sharing reduced by copay paid for inpatient stay before transfer to skilled nursing facility. Coverage limited to 30 days/year.

* 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)	
				Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed.
	Durable medical equipment	25% 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](#).)

<ul style="list-style-type: none"> Acupuncture Bariatric surgery (unless medically necessary) Cosmetic surgery Dental care (Adult) (may be provided separately) Dental care (Child) (may be provided 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 provided separately) Routine eye care (Child) (may be provided separately) Routine foot care 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.)

- Chiropractic care (limited to [network providers](#) and 12 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 1-855-405-FUND (3863), 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.

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

If you don't have [Minimum Essential Coverage](#) for a month, you'll have to make a payment when you file your tax return unless you qualify for an exemption from the requirement that you have health coverage for that month.

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 1-855-405-FUND (3863).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-855-405-FUND (3863).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-855-405-FUND (3863).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-855-405-FUND (3863).

-----*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](#) \$40
- Hospital (facility) [copayment](#) \$250
- 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:

<i>Cost Sharing</i>	
Deductibles	\$0
Copayments	\$600
Coinsurance	\$0
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$60
The total Peg would pay is	\$660

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](#) \$40
- Hospital (facility) [copayment](#) \$250
- 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	\$7,400
---------------------------	----------------

In this example, Joe would pay:

<i>Cost Sharing</i>	
Deductibles	\$0
Copayments	\$1,600
Coinsurance	\$0
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$100
The total Joe would pay is	\$1,700

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

- The [plan's](#) overall [deductible](#) \$0
- [Specialist copayment](#) \$40
- Hospital (facility) [copayment](#) \$250
- 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	\$1,900
---------------------------	----------------

In this example, Mia would pay:

<i>Cost Sharing</i>	
Deductibles	\$0
Copayments	\$400
Coinsurance	\$10
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$0
The total Mia would pay is	\$410



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 1-855-405-FUND (3863). 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 1-855-405-FUND (3863) 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 Límite médico: \$5,000 por persona / \$10,000 por familia Límite de medicamentos recetados: \$1,600 por persona / \$3,200 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 del saldo , los cuidados de salud que este plan no cubre, atención de proveedores fuera de la red , y las penalizaciones por obtener cuidados sin autorización previa .	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 médica ?	Sí. Vea www.bcsil.com o llame al 1-800-810-2583 para una lista de proveedores dentro de la red .	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.
¿Necesita un referido para ver a un	No.	Puede acudir al especialista de su preferencia sin un referido .

[especialista?](#)

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	\$20 copago /visita	50% coseguro	Usted paga \$15 de copago /visita, por la visita a Doctor on Demand (telesalud).
	Visita al especialista	\$40 copago /visita	50% coseguro	Usted paga \$15 de copago /visita, por la visita a Doctor on Demand (telesalud).
	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)	\$20 copago /visita (no hospitalaria); \$80 copago /visita (hospital)	50% coseguro	Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa .
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	\$150 copago /visita (no hospitalaria); \$250 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 en el formulario	\$10 copago /receta (venta minorista y pedidos por correo)	No tiene cobertura	No hay cobro por ciertos medicamentos de atención preventiva y suministros. Los medicamentos especializados deben ser obtenidos a través de la farmacia especializada de pedidos por correo. Cobertura limitada a medicamentos en el formulario , a menos que una excepción del formulario sea aprobada. Límites de cantidad, autorización previa y otros programas de contención de costos pueden aplicar. *Vea la sección de beneficios de medicamentos con receta.
	Medicamentos de marca en el formulario	\$30 copago /receta (venta minorista y pedidos por correo)	No tiene cobertura	
	Medicamentos biosimilares o de especialidad en el formulario	25% coseguro hasta \$50 máximo/receta (pedidos por correo)	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)	
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$150 copago /visita (centro de cirugía ambulatoria); \$250 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	Copago exonerado si es admitido. No hay cobertura para atención si no es emergencia en una sala de emergencias afuera de la red. La atención dentro de la red que podría ser proporcionada durante una visita rutinaria a la clínica/centro de urgencia está cubierta en un 50% coseguro .
	Transporte médico de emergencia	\$150 copago /viaje	\$150 copago /viaje	La cobertura para ambulancia terrestre está limitada a 2 viajes/año. Los beneficios para ambulancia aérea pueden ser denegados si no se sigue el programa de autorización previa .
	Atención de urgencia	\$40 copago /visita	50% coseguro	Ninguna.
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	\$250 copago /día, hasta \$750/admisión	50% coseguro	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	\$20 copago /visita al consultorio; \$40 copago /día, hasta \$750/episodio de atención médica por otros servicios de paciente externo	50% coseguro	Ninguna.
	Servicios internos	\$250 copago /día, hasta \$750/admisión	50% coseguro	Ninguna.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$20 copago /visita	50% coseguro	No se proporciona cobertura para el embarazo de una hija dependiente aparte del cuidado prenatal preventivo. Los beneficios
	Servicios de parto profesionales	\$250 copago /día, hasta \$750/admisión	50% coseguro	

* 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			de hospitalización pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa . El costo compartido no se aplica hacia ciertos servicios preventivos . Dependiendo del tipo de servicios, un copago o coseguro puede aplicar. 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	\$10 copago /visita	50% coseguro	Cobertura limitada a 30 visitas/año. Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa .
	Servicios de rehabilitación	\$20 copago /visita (no en hospital); \$40 copago /visita (hospital)	50% coseguro	La cobertura para terapia del habla limitada a 30 visitas/año. La cobertura para terapia física/ocupacional, limitada a 60 visitas/año.
	Servicios de habilitación			
	Cuidado de enfermería especializada	\$250 copago /día, hasta \$750/admisión	50% coseguro	El costo compartido se reduce por el copago pagado por hospitalización antes del traslado a un centro de enfermería especializada. Cobertura limitada a 30 días/año. Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa .
	Equipo médico duradero	25% 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 .	
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	No tiene cobertura	No tiene cobertura	Los beneficios de la vista pueden ser proveídos por separado.
	Anteojos para niños			
	Chequeo dental pediátrico	No tiene cobertura	No tiene cobertura	Los beneficios dentales pueden proporcionarse 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](#).)

- Acupuntura
- 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)
- Aparatos auditivos
- 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)
- Cuidados podiátricos de rutina
- 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](#).)

- Cuidados quiroprácticos (limitados a [proveedores dentro de la red](#) y 12 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 1-855-405-FUND (3863), 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.

Si no tiene [cobertura esencial mínima](#) durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

¿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 1-855-405-FUND (3863).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-855-405-FUND (3863).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请打这个号 1-855-405-FUND (3863).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-855-405-FUND (3863).

-----*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](#) \$40
- Hospital (instalaciones) [copago](#) \$250
- 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:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$600
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$660

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](#) \$40
- Hospital (instalaciones) [copago](#) \$250
- 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	\$7,400
------------------------	---------

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$1,600
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$100
El total que Joe pagaría es	\$1,700

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](#) \$40
- Hospital (instalaciones) [copago](#) \$250
- 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	\$1,900
------------------------	---------

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$400
Coseguro	\$10
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$410

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