



Here's Your Summary of Benefits and Coverage!

Your Summary of Benefits and Coverage (SBC) summarizes your benefits for common medical care. Federal law requires you get the SBC at certain times so you can more easily compare benefits between plans. The SBC is not a detailed description of your benefits or how they work. If there is a conflict between this SBC and your Plan's documents, the Plan's documents govern.

- Your SBC shows the benefits available to you even if you choose not to enroll. (You may or may not be allowed to waive coverage.)
- The SBC primarily reflects your medical benefits. You may have additional vision or dental benefits not shown in the SBC. You may also have life, accidental death and dismemberment, or short-term disability benefits.
- The SBC includes a section called *Coverage Examples*. This section shows the estimated average cost and benefits paid for common medical procedures.
 - The costs reflect national averages, but may not reflect actual plan payments.
 - The coverage examples are based on certain assumptions. It is important to note these are examples only. You shouldn't use these examples to estimate your actual costs under the Plan.

Need More Information?

If you have questions about your SBC, your benefits under the Plan, or what enrollment options you may have, please contact UNITE HERE HEALTH at the phone number shown on your SBC.



¡Aquí tiene su Resumen de beneficios y cobertura!

El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le presenta una síntesis de sus beneficios para atención médica común. La ley federal requiere que usted obtenga el SBC en determinados momentos para que pueda comparar más fácilmente los beneficios entre planes. El SBC no contiene una descripción detallada de sus beneficios ni cómo estos funcionan. De haber algún conflicto entre este SBC y los documentos de su Plan, los que rigen son los documentos del Plan.

- El SBC le muestra los beneficios disponibles para usted, aún cuando usted decida no inscribirse. (Puede ser que se le permita o no se le permita renunciar a la cobertura).
- El SBC refleja principalmente sus beneficios médicos. Puede ser que tenga beneficios adicionales para la visión o dentales que no aparecen en su SBC. Además, es posible que tenga beneficios de seguro de vida, muerte accidental o desmembramiento, o beneficios de discapacidad a corto plazo.
- El SBC incluye una sección que se llama *Ejemplos de cobertura*. Esta sección le muestra una estimación del costo promedio y beneficios pagados por procedimientos médicos comunes.
 - Los costos reflejan promedios nacionales, pero es posible que no reflejen los verdaderos pagos del plan.
 - Los ejemplos de cobertura están basados en ciertas suposiciones. Es importante tener en cuenta que estos son sólo ejemplos. No debe utilizar estos ejemplos para estimar sus costos reales bajo el Plan.

¿Necesita más información?

Si tiene preguntas con respecto a su SBC, a sus beneficios según el Plan o a sus opciones para inscribirse, comuníquese con UNITE HERE HEALTH al número telefónico que aparece en su SBC.



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

This is only a summary. For more information about your coverage, or to get a copy of the complete terms of coverage, visit www.uhh.org or call 1-833-637-3519. 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 1-833-637-3519 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.horizonblue.com or call 1-800-810-2583 for a list of network providers . All transplant & CAR-T services: Fund-designated network must be used or won't be covered; see uhh.org . Contact UNITE HERE HEALTH at 1-833-637-3519 if you have questions regarding your network. | This plan uses a provider network . You will pay less if you use a provider in the plan's network . You will pay the most if you use an out-of-network provider , and you might receive a bill from a provider for the difference between the provider's charge and what your plan pays (balance billing). Be aware, your network provider might use an out-of-network provider for some services (such as lab work). Check with your provider before you get services. |

| | | |
|--|-----|--|
| Do you need a referral to see a specialist ? | No. | You can see the specialist you choose without a referral . |
|--|-----|--|

| Common Medical Event | Services You May Need | What You Will Pay | | Limitations, Exceptions, & Other Important Information |
|---|---|---|---|---|
| | | Network Provider (You will pay the least) | Non-Network Provider (You will pay the most) | |
| If you visit a health care provider's office or clinic | Primary care visit to treat an injury or illness | \$20 copay /visit | 50% coinsurance | None. |
| | Specialist visit | \$40 copay /visit | 50% coinsurance | None. |
| | 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 and some brand drugs | \$5 copay /prescription (retail and mail order) | Not covered | No charge for certain preventive care drugs and supplies. Specialty drugs must be obtained through the specialty mail order pharmacy. Coverage limited to drugs on the formulary , unless formulary exception is approved. Quantity limits, prior authorization requirements, and other cost-containment programs may apply. *See section prescription drug benefits. |
| | Preferred drugs | \$15 copay /prescription (retail and mail order) | Not covered | |
| | Non-preferred drugs | \$30 copay /prescription (retail and mail order) | Not covered | |
| | Select specialty drugs and select biosimilars | Generic: \$5 copay /prescription (mail order); Brand: 25% coinsurance (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. |
| | Emergency medical | \$150 copay /trip | \$150 copay /trip | None. |

* 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) | |
| | transportation | | | |
| | 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 | Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed. |
| | Inpatient services | \$250 copay /day, up to \$750/admission | 50% coinsurance | Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed. |
| 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 | No charge | 50% coinsurance | Coverage limited to 60 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. The visit limit does not apply to visits primarily for mental health or substance abuse treatment. Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed. |
| | Habilitation services | | | |
| | Skilled nursing care | \$250 copay /admission | 50% coinsurance | Cost-sharing reduced by copay paid for inpatient stay before transfer to skilled nursing facility. Coverage limited to 60 days/year. Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed. |

* 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) | |
| | 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"> • 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"> • 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) • 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.)

- | | | |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Acupuncture (limited to network providers and 12 visits/year) | <ul style="list-style-type: none"> • Chiropractic care (limited to network providers and 12 visits/year) | <ul style="list-style-type: none"> • Hearing aids (limited to \$3,000/3 calendar years) • Routine foot care (limited to network providers and 4 visits/year) |
|---|---|--|

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

Your Grievance and Appeals Rights: There are agencies that can help if you have a complaint against your [plan](#) for a denial of a [claim](#). This complaint is called a [grievance](#) or [appeal](#). For more information about your rights, look at the explanation of benefits you will receive for that medical [claim](#). Your [plan](#) documents also provide complete information to submit a [claim](#), [appeal](#), or a [grievance](#) for any reason to your [plan](#). For more information about your rights, this notice, or assistance, contact: UNITE HERE HEALTH at 1-833-637-3519, or the Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform.

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

[Minimum Essential Coverage](#) generally includes [plans](#), [health insurance](#) available through the [Marketplace](#) or other individual market policies, Medicare, Medicaid,

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

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 1-833-637-3519.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-833-637-3519.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-833-637-3519.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-833-637-3519.

Pennsylvania Dutch (Deutsch): Fer Hilf griege in Deutsch, ruf 1-833-637-3519 uff.

Samoan (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-833-637-3519.

Carolinian (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-833-637-3519.

Chamorro (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, â'gang 1-833-637-3519.

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 | \$50 |
| The total Peg would pay is | \$650 |

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 | \$5,600 |
|---------------------------|----------------|

In this example, Joe would pay:

| <i>Cost Sharing</i> | |
|-----------------------------------|--------------|
| Deductibles | \$0 |
| Copayments | \$800 |
| Coinsurance | \$0 |
| <i>What isn't covered</i> | |
| Limits or exclusions | \$20 |
| The total Joe would pay is | \$820 |

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 | \$2,800 |
|---------------------------|----------------|

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 1-833-637-3519. 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 1-833-637-3519 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 medica ? | Sí. Vea www.horizonblue.com o llame al 1-800-810-2583 para una lista de proveedores dentro de la red . Todos los servicios de trasplante y CAR-T: se debe utilizar la red designada por el fondo o no estarán cubiertos; consulte uhh.org . Comuníquese | 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. |

| | | |
|--|--|--|
| | con UNITE HERE HEALTH al 1-833-637-3519 si tiene preguntas sobre su red. | |
| ¿Necesita un referido para ver a un especialista ? | No. | Puede acudir al especialista de su preferencia sin un referido . |

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|--|---|--|---|
| | | Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo) | |
| Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | \$20 copago /visita | 50% coseguro | Ninguna. |
| | Visita al especialista | \$40 copago /visita | 50% coseguro | Ninguna. |
| | 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 . |

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|--|--|--|
| | | Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo) | |
| Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.hospitalityrx.org | Medicamentos genéricos y algunos de marca | \$5 copago /receta (venta minorista y pedidos por correo) | No tiene cobertura | No hay cargo por ciertos medicamentos y suministros de cuidados preventivos. Medicamentos de especialidad deben obtenerse a través de la farmacia especializada de pedidos por correo. La cobertura se limita a los medicamentos en el formulario , a menos que se apruebe una excepción del formulario . Pueden aplicarse límites de cantidad, requisitos de autorización previa y otros programas de contención de costos. *Vea la sección de beneficios de medicamentos con receta. |
| | Medicamentos preferidas | \$15 copago /receta (venta minorista y pedidos por correo) | No tiene cobertura | |
| | Medicamentos no preferidas | \$30 copago /receta (venta minorista y pedidos por correo) | No tiene cobertura | |
| | Medicamentos de especialidad selectos y biosimilares selectos | Genérico: \$5 copago /receta (pedidos por correo); Marca: 25% coseguro (pedidos por correo) | No tiene cobertura | |
| Si se somete a una operación ambulatoria | Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | \$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. |
| | Transporte médico de emergencia | \$150 copago /viaje | \$150 copago /viaje | Ninguna. |
| | 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 | | | |

* 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 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 | Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa . |
| | Servicios internos | \$250 copago /día, hasta \$750/admisión | 50% coseguro | Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa . |
| 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 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). |
| | Servicios de parto profesionales | \$250 copago /día, hasta \$750/admisión | 50% coseguro | |
| Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales | Cuidado de la salud en el hogar | | | Sin cargo |
| | 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. El límite de visitas no se aplica a las visitas cuyo propósito principal sea el tratamiento de salud mental o abuso de sustancias. Los beneficios pueden ser denegados si no se |
| | Servicios de habilitación | | | |

* 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) | |
| | | | | cumple con el programa de autorización previa . |
| | Cuidado de enfermería especializada | \$250 copago /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 60 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 | No tiene cobertura | No tiene cobertura | Los beneficios de la vista pueden ser proveídos por separado. |
| | 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](#).)

| | | |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía bariátrica (salvo que sea medicamento necesaria) • Cirugía cosmética • Cuidados dentales (Adultos) (pueden ser proveídos por separado) | <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados dentales (Menores) (pueden ser proveídos por separado) • Tratamiento de la infertilidad • Cuidado de salud por tiempo prolongado • Cuidados que no sean de emergencia cuando viaja fuera de los EE.UU. | <ul style="list-style-type: none"> • Servicios privados de enfermería • Cuidados de visión rutinarios (Adultos) (pueden ser proveídos por separado) • Cuidados de visión rutinarios (Menores) (pueden ser proveídos por separado) • Programas para bajar de peso (salvo para el tratamiento de la obesidad mórbida bajo la supervisión directa de un profesional de la salud) |
|--|--|---|

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

- Acupuntura (limitados a [proveedores dentro de la red](#) y 12 visitas/año)
- Cuidados quiroprácticos (limitados a [proveedores dentro de la red](#) y 12 visitas/año)
- Aparatos auditivos (limitados a \$3,000/3 año del calendario)
- Cuidados podiátricos de rutina (limitados a [proveedores dentro de la red](#) y 4 visitas/año)

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

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle una [reclamación](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#) o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: UNITE HERE HEALTH al 1-833-637-3519, o al Departamento de Trabajo de Administración de Seguridad de los Beneficios del Empleado al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

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

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

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

Servicios lingüísticos:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-833-637-3519.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-833-637-3519.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-833-637-3519.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-833-637-3519.

Pennsylvania Dutch (Deutsch): Fer Hilf griege in Deitsch, ruf 1-833-637-3519 uff.

Samoan (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-833-637-3519.

Carolinian (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-833-637-3519.

Chamorro (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, á'gang 1-833-637-3519.

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 | \$50 |
| El total que Peg pagaría es | \$650 |

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 | \$5,600 |
|-------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Joe pagaría:

| <i>Costo compartido</i> | |
|------------------------------------|--------------|
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$800 |
| Coseguro | \$0 |
| <i>Qué no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$20 |
| El total que Joe pagaría es | \$820 |

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 | \$2,800 |
|-------------------------------|----------------|

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 |