

Beneficios Médicos

A simple vista



Puede que usted no tenga todos estos beneficios. Sus beneficios son determinados por su acuerdo de negociación colectiva y sus elecciones de inscripción. Si tiene preguntas acerca de su cobertura o sus beneficios específicos, llame al **855-405-3863**.

Blue Cross Blue Shield	Silver Plan	
QUÉ TIENE COBERTUR	LO QUE USTED PAGA—Dentro de la Red	LO QUE USTED PAGA—Fuera de la Red
Visitas y Consultas		
Cuidado Preventivo	Copago de \$0	No tiene cobertura
Médico de Atención Primaria <i>(incluye todos los cuidados recibidos durante la visita)</i>	\$25	50% después del deducible
Teladoc <i>(telemedicina)</i>	\$0	No tiene cobertura
Especialista <i>(todos los cuidados recibidos durante la visita)</i>	\$50	50% después del deducible
Salud Mental/Abuso de Sustancias	\$25	50% después del deducible
Servicios Quiroprácticos <i>(Hasta 12 visitas al año)</i>	\$25	No tiene cobertura
Educación Sobre la Diabetes	\$0	No tiene cobertura
Emergencias, Cuidados Urgentes y Servicios de Hospitalización		
Cuidados Urgentes	\$50	50% después del deducible
Sala de Emergencias (ER) para Emergencias	\$200 <i>(no se requiere si es admitido)</i>	
Ambulancia Terrestre <i>(2 viajes al año)</i>	30% después del deducible	
Ambulancia Aérea	20% después del deducible	
Hospitalización del Paciente	30% después del deducible	50% después del deducible
Instalaciones de Enfermería Especializada <i>(Hasta 30 días al año)</i>	30% después del deducible	50% después del deducible
Servicios Ambulatorios		
Cirugía Ambulatoria	20% después del deducible; centro quirúrgico ambulatorio	50% después del deducible
	30% después del deducible; hospital	
Terapia Física y Ocupacional <i>(Hasta 60 visitas al año, combinadas)</i> <i>Los límites de visitas para terapia física y ocupacional no se aplicarán a terapias principalmente para salud mental o tratamiento de abuso de sustancias.</i>	\$30 en clínica o instalaciones no hospitalarias	
	\$60 paciente ambulatorio de hospital	
Terapia del Habla <i>(Hasta 30 visitas al año)</i> <i>Los límites de visitas para terapia del habla no se aplicarán a terapias principalmente para salud mental o tratamiento de abuso de sustancias.</i>	\$30 en clínica o instalaciones no hospitalarias	
	\$60 para paciente ambulatorio de hospital	
Medicamento por Infusión y Quimioterapia	\$0 en el hogar	
	\$25 en clínica o centro de infusión	
	30% después del deducible; paciente ambulatorio de hospital <i>(máximo de \$250 por visita)</i>	
Diálisis del Riñón	\$0 en el hogar o centro de diálisis	
	30% después del deducible; paciente ambulatorio de hospital <i>(máximo de \$250 por visita)</i>	
Radioterapia	30% después del deducible	

Médico (continuación)	Silver Plan	
QUÉ TIENE COBERTURA	LO QUE USTED PAGA—Dentro de la Red	LO QUE USTED PAGA—Fuera de la Red
Servicios de Laboratorio e Imágenes		
Servicios de Laboratorio y Radiología <i>No hay copagos adicionales cuando son parte de una visita a la clínica</i>	\$25 en clínica o laboratorio que no sea en el hospital	50% después del deducible
	\$100 paciente ambulatorio de hospital	
Diagnóstico por Imágenes (CT, MRI, PET)	\$175 en clínica o instalaciones no hospitalarias	
	\$300 para paciente ambulatorio de hospital	
Otro Tipo de Atención y Gastos		
Visita al Hogar para Cuidado de la Salud <i>(Hasta 30 visitas al año)</i>	\$0	50% después del deducible
Cuidados Paliativos (Hospicio)	\$0	50% después del deducible
Ortopedia de Podiatría <i>\$500 máximo cada 24 meses</i>	\$0	No tiene cobertura
Equipo Médico de uso a Largo Plazo	25% después del deducible	No tiene cobertura
Medicamentos con Receta La red True Choice excluye a CVS y algunas otras cadenas y farmacias independientes <i>(los medicamentos y suministros que no están en la lista de preferidos no están cubiertos)</i>		
Medicamentos genéricos y algunos medicamentos de marca	\$5 copago por medicamento recetado	No tiene cobertura
Medicamentos preferidos	\$15 copago por medicamento recetado	
Medicamentos no preferidos	\$30 copago por medicamento recetado	
Medicamentos especializados selectos y biosimilares selectos	Genérico: \$5 copago por medicamento recetado De marca: 25% de coseguro por medicamento recetado	
Otros		
Deducible Médico	\$750 individual; \$1,500 familia	
Límite de Gastos del Bolsillo Dentro de la Red Una vez el costo compartido de gastos con cobertura llega a estos límites, el plan paga el 100% de la mayoría de sus gastos con cobertura dentro de la red durante el resto del año <i>(consulte su SPD para gastos que no cuentan)</i> .	Médico	\$2,000 individual; \$6,000 familia
	Farmacia	\$1,600 individual; \$3,200 familia

855-405-3863
www.hospitalityplan.org

Este documento es un resumen fácil de leer y no incluye todos los beneficios. Si desea más detalles acerca de sus beneficios o si desea averiguar qué tratamientos/servicios requieren autorización previa, por favor consulte su Descripción Resumida del Plan (SPD) o llame a UNITE HERE HEALTH.

Beneficios No Médicos

A simple vista



PPO Dental, Visión, Incapacidad de Corto Plazo, Vida y AD&D

Dental y visión ofrecido como un paquete combinado

Dental Delta Dental PPO		
Llame a Delta Dental PPO al 800-323-1743	LO QUE USTED PAGA— Dentro de la red	LO QUE USTED PAGA— Fuera de la red
Cuidado Diagnóstico y Preventivo <i>Incluye exámenes de rutina, limpiezas y radiografías</i>	\$0	30% de los cargos
Cuidado Restaurativo Básico <i>Incluye rellenos, endodoncia, periodontología, reparación de coronas/puentes</i>	20% de los cargos, después del deducible	40% de los cargos, después del deducible
Cuidado Restaurativo Principal <i>Incluye coronas, puentes, fundas, implantes, prótesis dentales</i>	50% de los cargos, después del deducible	60% de los cargos, después del deducible
Cuidado de Ortodoncia	El plan paga 50% de los cargos hasta \$2,500 máximo de por vida	
Deducible por Año Calendario	\$50 por persona; \$150 por familia (no aplica al cuidado diagnóstico, preventivo y de ortodoncia)	
Beneficio Máximo por Persona Año Calendario	El Plan paga hasta \$2,000 (no aplica hacia exámenes para personas menores de 19 años)	

Visión VSP		
Beneficios disponibles cada 12 meses	LO QUE USTED PAGA	
	Red VSP	Fuera de la Red
Examen de la Vista	Copago de \$0	Reembolso hasta \$45
Armazones, lentes, o lentes de contacto	Lentes: \$25 de copago (solo lentes y/o armazones); \$175 permitido para armazones Hasta \$50 de copago para el Examen Optativo de Lentes de Contacto \$175 permitido para lentes de contacto	Armazones reembolsados hasta \$70 Lentes de Visión Única reembolsados hasta \$30 Lentes Bifocales reembolsados hasta \$50 Lentes Trifocales reembolsados hasta \$65 Lentes Lenticulares reembolsados hasta \$100 Lentes Electivos de Contacto reembolsados hasta \$120

Puede que usted no tenga todos estos beneficios. Sus beneficios son determinados por su acuerdo de negociación colectiva y sus elecciones de inscripción. Si tiene preguntas acerca de su cobertura o sus beneficios específicos, contacte a su fondo de salud.

855-405-3863
www.hospitalityplan.org

Incapacidad de Corto Plazo

Sólo para empleados	LO QUE PAGA EL PLAN
*Incapacidad de Corto Plazo <i>Accidente 1er día/ enfermedad 8vo día</i>	\$200-\$400/semana; 26 semanas máximo

Vida y AD&D

Sólo para empleados	LO QUE PAGA EL PLAN
*Seguro de Vida	\$10,000 - \$30,000
*Seguro de Muerte Accidental y Desmembramiento	

*La cantidad del beneficio depende de su contrato de negociación colectiva.

Revisado 3/2026



Beneficios No Médicos

A simple vista



HMO Dental, Visión, Incapacidad de Corto Plazo, Vida y AD&D

Ofrecido como un paquete combinado

Dental DeltaCare (DHMO)		+	Vision VSP	
¡Elija un dentista de la red! Llame a Delta Dental HMO: 800-422-4234	LO QUE USTED PAGA		Beneficios disponibles cada 12 meses	LO QUE USTED PAGA
		Red VSP		fuera de la Red
Exámenes Orales de Rutina/Limpiezas	Copago de \$0	Examen de la Vista	Copago de \$0	Reembolso hasta \$45
La Mayoría de Radiografías	Copago de \$0			
Rellenos Amalgama	Copago de \$0	Armazones, lentes, o lentes de contacto	Lentes: \$25 de copago (solo lentes y/o armazones); \$175 permitido para armazones Hasta \$50 de copago para el Examen Optativo de Lentes de Contacto \$175 permitido para lentes de contacto	Armazones reembolsados hasta \$70 Lentes de Visión Única reembolsados hasta \$30 Lentes Bifocales reembolsados hasta \$50 Lentes Trifocales reembolsados hasta \$65 Lentes Lenticulares reembolsados hasta \$100 Lentes Electivos de Contacto reembolsados hasta \$120
Coronas Un reemplazo por persona cada 5 años	Copago de \$35–\$195, dependiendo del tipo			
Endodoncia	Copago de \$45–\$220, dependiendo del tipo			
Ortodoncia 24 meses máximo	Copago de \$1700 para niños menores de 19 años Copago de \$1900 para adultos mayores de 19 años			
Cobertura únicamente para beneficios dentro de la red; no hay deducible; sin máximo para servicios que no sean de ortodoncia				

Incapacidad de Corto Plazo		Vida y AD&D	
Sólo para empleados	LO QUE PAGA EL PLAN	Sólo para empleados	LO QUE PAGA EL PLAN
*Incapacidad de Corto Plazo Accidente 1er día/ enfermedad 8vo día	\$200-\$400/semana; 26 semanas máximo	*Seguro de Vida	\$10,000 - \$30,000
		*Seguro de Muerte Accidental y Desmembramiento	

Puede que usted no tenga todos estos beneficios. Sus beneficios son determinados por su Acuerdo de Negociación Colectiva (CBA, por sus siglas en inglés, Contrato con la Unión) y sus elecciones de inscripción.

Toda la información en este documento titulado Beneficios a Simple Vista está basada en el Documento del Plan. Sin embargo, en caso de un conflicto entre este documento y el Documento del Plan, el Documento del Plan regirá. Si tiene preguntas acerca de su cobertura o sus beneficios específicos, comuníquese con su fondo de salud.

855-405-3863
www.hospitalityplan.org



Reglas de la Autorización Previa de acuerdo al lugar de servicio

Para autorización previa, por favor contacte a NEVADA HEALTH SOLUTIONS:

Teléfono: **855-487-0353** gratuito

Fax: **866-201-5601**

<https://www.nevadahealthsolutions.org>

Llame a UNITE HERE HEALTH al **855-405-3863** para verificar los beneficios y elegibilidad.

Se requiere autorización previa para:

En el consultorio
Todos los servicios de hematología/oncología
Tratamiento hiperbárico
Aparatos de prótesis y órtesis arriba de \$500
Servicios de radiología: CT/CTA, Discografía, Imágenes de Resonancia Magnética (MRI/MRA), Tomografías
Venas varicosas
Procedimientos TMJ y cirugía para corrección de la mandíbula
Terapia Física - No será necesario obtener autorización previa para las primeras 12 visitas. Cualquier visita posterior a 12 requerirá autorización previa.
Terapia Ocupacional y del Habla
Estudios del sueño
Instalaciones para tratamiento de la enfermedad renal en etapa final
Diálisis
Servicios de infusión y salud en el hogar
Todos los servicios especializados en el hogar
Hospitalizaciones
Todas las hospitalizaciones (excepto servicios de salud de comportamiento para pacientes hospitalizados y residenciales, partos vaginales de 2 días y partos por cesárea de 4 días)
Todas las hospitalizaciones en instalaciones de cuidado agudo de largo plazo, rehabilitación aguda, y enfermería especializada
Paciente ambulatorio en un hospital
Tratamiento hiperbárico
Servicios de radiología: CT/CTA, Discografía, Imágenes de Resonancia Magnética (MRI/MRA), Tomografías
Servicios de hematología/oncología
Diálisis

Continuación de Paciente ambulatorio en un hospital
Terapia Física - No será necesario obtener autorización previa para las primeras 12 visitas. Cualquier visita posterior a 12 requerirá autorización previa.
Terapia Ocupacional y del Habla
Estudios del sueño
Todas las cirugías y los procedimientos de diagnóstico realizados en un área de cirugía (excepto colonoscopías/sigmoidoscopías/EGD)
Centro de cirugías ambulatorias
Todas las cirugías o procedimientos ambulatorios (excepto colonoscopías/sigmoidoscopías/EGD)
Servicios adicionales
Todos los servicios de trasplantes (incluyendo las consultas)
Todos los exámenes genéticos
Todos los transportes por ambulancia aérea
Alimentos médicos para errores congénitos de metabolismo
Equipo Médico Duradero arriba de \$500 (ya sea rentado o comprado)
Todas las pruebas clínicas
Terapia de Análisis de Comportamiento Aplicado (ABA, por sus siglas en inglés) - Su médico deberá llamar a HealthCheck 360 al 1-844-462-7812 para iniciar el proceso de aprobación antes de que usted pueda recibir terapia ABA.

Esta tabla es solo una guía general de los requisitos de autorización previa para los Planes de UHH.

Esta lista puede ser actualizada ocasionalmente. Es la responsabilidad del proveedor verificar si hay alguna actualización. Si el procedimiento que se cobró no es el procedimiento que fue aprobado, es posible que no se pague. El que haya o no haya algún código de procedimiento y/o el servicio en esta lista no determina los beneficios o cobertura de su paciente. Se debe verificar la elegibilidad y beneficios llamando a UNITE HERE HEALTH al **855-405-3863**.

AVISO SOLAMENTE:
Servicios de hospitalización y salud de comportamiento residente