



# 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 **844-427-8501**.

Aetna y Pacific Health Coalition	<b>Bronze Plan</b>	
QUÉ TIENE COBERTURA <i>(efectivo 1/1/2022 y después)</i>	LO QUE USTED PAGA— <b>Proveedor PPO/de la Coalición o Cualquier Proveedor fuera de Anchorage*</b>	LO QUE USTED PAGA— <b>Proveedor que no es PPO (No está en la Coalición) en Anchorage*</b>
<b>Visitas y Consultas</b>		
Cuidado Preventivo	No hay cobro	No hay cobro
Médico de Atención Primaria <i>(incluye todos los cuidados recibidos durante la visita)</i>	40% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible
Teladoc <i>(telemedicina)</i>	No hay cobro	No hay cobro
Especialista <i>todos los cuidados recibidos durante la visita)</i>	40% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible
Salud Mental/Abuso de Sustancias	40% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible
Servicios Quiroprácticos <i>(1 visita por día)</i>	40% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible
Educación Sobre la Diabetes	No hay cobro	No hay cobro
<b>Emergencias, Cuidados Urgentes y Servicios de Hospitalización</b>		
Cuidados Urgentes	40% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible
Sala de Emergencias (ER) para Emergencias <i>(no aplica si es admitido(a))</i>	\$100 de copago + 40% de coseguro después del deducible	\$100 de copago + 40% de coseguro después del deducible
Sala de Emergencias (ER) para Atención de Rutina	\$100 de copago + 40% de coseguro después del deducible	\$100 de copago + 40% de coseguro después del deducible
Ambulancia Terrestre	40% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible
Hospitalización del Paciente <i>(no se aplica el copago después de 4 o más estadías/persona/año calendario)</i>	\$350 de copago + 40% de coseguro después del deducible	\$350 de copago + 50% de coseguro después del deducible para instalaciones que no son PPO dentro de la municipalidad de Anchorage
Instalaciones de Enfermería <i>(hasta 100 días por confinamiento)</i>	No hay cobro	No hay cobro
<b>Servicios Ambulatorios</b>		
Cirugía Ambulatoria	40% de coseguro después del deducible	Centro de Cirugía Ambulatoria: 40% de coseguro después del deducible  Hospital para Pacientes Ambulatorios 50% de coseguro después del deducible para instalaciones que no son PPO dentro de la municipalidad de Anchorage
Terapia Física y Ocupacional	40% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible
Terapia del Habla	40% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible
Medicamento por Infusión y Quimioterapia	40% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible

\*Los servicios recibidos de un proveedor que no es PPO serán cubiertos hasta el Cobro Usual y Acostumbrado (UCC, por sus siglas en inglés). Cualquier cantidad arriba del UCC no se cubrirá y usted puede recibir una factura por parte del proveedor. La cantidad Permitida por el servicio en una instalación no PPO en Anchorage será la tarifa del Proveedor PPO.

<b>Médico</b> (continuación)	<b>Bronze Plan</b>	
QUÉ TIENE COBERTURA	LO QUE USTED PAGA— <b>Proveedor PPO/de la Coalición o Cualquier Proveedor fuera de Anchorage*</b>	LO QUE USTED PAGA— <b>Proveedor que no es PPO (No está en la Coalición) en Anchorage*</b>
Diálisis del Riñón	40% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible
Radioterapia	40% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible
<b>Servicios de Laboratorio e Imágenes</b>		
Servicios de Laboratorio y Radiología	40% de coseguro después del deducible	Fuera del hospital - 40% de coseguro después del deducible En hospital - 50% de coseguro después del deducible para instalaciones que no son PPO dentro de la municipalidad de Anchorage
Diagnóstico por Imágenes (CT, MRI, PET)	40% de coseguro después del deducible	
<b>Otro Tipo de Atención y Gastos</b>		
Visita al Hogar para Cuidado de la Salud (100 visitas por año calendario)	No hay cobro	No hay cobro
Cuidados Paliativos (Debe estar en etapa terminal con una expectativa de vida de 12 meses o menos)	40% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible
Ortopedia de Podiatría	No hay cobro	No hay cobro
Equipo Médico Duradero	40% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible
<b>Medicamentos con Receta</b>		
Genéricos	50% de coseguro (\$5 mínimo en farmacias comerciales; \$10 mínimo por correo)	
Medicamentos de Marca	50% de coseguro (\$5 mínimo en farmacias comerciales; \$10 mínimo por correo)	
Medicamentos Orales para Diabetes, Insulina y Suministros	\$5 de copago en farmacias comerciales / \$10 de copago por correo	
Medicamentos Especializados	50% de coseguro (\$5 mínimo en farmacias comerciales; \$10 mínimo por correo)	
<b>Otros</b>		
Deducible Médico	\$750 por individuo/\$1,500 por familia para el Proveedor PPO/de la Coalición o Cualquier Proveedor fuera de Anchorage, \$1,500 por individuo/\$3,000 por familia para un Proveedor que no es PPO (no está en la Coalición) en la municipalidad de Anchorage	
Límite de Gastos del Bolsillo para Proveedor PPO/de la Coalición o Cualquier Proveedor fuera de Anchorage Una vez que 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 (consulte su SPD para gastos que no cuentan).	<b>Médico</b>	\$4,000 por individuo \$8,000 por familia
Límite de Gastos del Bolsillo para Proveedor que no es PPO (No está en la Coalición) en Anchorage	<b>Médico</b>	\$11,250 por individuo \$22,500 por familia
Límite de Gastos del Bolsillo para Medicamentos Recetados		\$2,350 por individuo \$4,700 por familia

\*Los servicios recibidos de un proveedor que no es PPO serán cubiertos hasta el Cobro Usual y Acostumbrado (UCC, por sus siglas en inglés). Cualquier cantidad arriba del UCC no se cubrirá y usted puede recibir una factura por parte del proveedor. La cantidad Permitida por el servicio en una instalación no PPO en Anchorage será la tarifa del Proveedor PPO.

**844-427-8501**  
**www.alaskaplan.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, por sus siglas en inglés) o llame a UNITE HERE HEALTH.



# Beneficios No Médicos

*A Simple Vista*



*Dental, Vida y AD&D*

## **Dental – Solamente para el Empleado**

*Efectivo 1 de enero de 2022 y después*

<b>Beneficio Máximo Por Persona</b> <i>Año calendario</i>	El plan paga hasta \$1,000
<b>Servicios Preventivos y de Diagnóstico</b>	El plan paga el 100% de los cargos acostumbrados y habituales
<b>Coseguro</b>	50%*
<b>Deducible por Año Calendario</b>	\$50 por persona

\*Los servicios recibidos serán cubiertos hasta el Cobro Usual y Acostumbrado (UCC, por sus siglas en inglés). Cualquier cantidad arriba del UCC no se cubrirá y usted puede recibir una factura por parte del proveedor.

## **Vida y AD&D – Solo para el Empleado**

<i>Sólo para empleados</i>	LO QUE PAGA EL PLAN
<b>Seguro de Vida</b>	\$20,000
<b>Seguro de Muerte Accidental y Desmembramiento</b>	

Para obtener Autorización Previa, por favor pídale a su proveedor que llame a Aetna. Sus proveedores de Aetna pueden enviar la mayoría de las solicitudes de autorización previa de forma electrónica a Aetna por medio del sitio web seguro o mediante su portal del sistema de Archivo Médico Electrónico (EMR, por sus siglas en inglés).

Llame a UNITE HERE HEALTH al **844-427-8501** para verificar beneficios y elegibilidad.

Los siguientes son los servicios que requieren autorización previa. La lista de autorización previa podría cambiar de vez en cuando. Comuníquese con la oficina de servicios al miembro llamando al **844-427-8501** para obtener la información más actualizada.

<b>Lista de Autorización Previa – Sujeta a Cambios</b>	
Internación de pacientes hospitalizados (excepto Cuidados Paliativos/hospice)	Implante osteointegrado
Ambulancia por avión	Aloinjerto/rodilla osteocondral
Implante de condrocitos autólogos	Radioterapia con protones
Descompresión quirúrgica de malformación de chiari	Procedimientos de reconstrucción o de otra clase que se podrían considerar cosméticos
Cobertura a nivel de beneficios dentro de la red para proveedores/instalaciones fuera de la red (excluye servicios emergentes)	Artroplastia del hombro con procedimientos de corrección
Diálisis	Procedimientos de la espina dorsal
Neuroestimuladores de columna dorsal (lumbar); prueba o implante	Uvulopalatofaringoplastia, incluyendo procedimientos asistidos por laser
Procedimientos endoscópicos de dilatación nasal con balón	Dispositivo de Asistencia Ventricular
Cirugía endoscópica funcional de los senos nasales (FESS, por sus siglas en inglés)	Video electroencefalograma (EEG, por sus siglas en inglés)
Cirugía de reasignación de sexo	Secuenciamiento de exoma completo
Cirugía de cadera para corregir síndrome de pinzamiento	Análisis Aplicado de la Conducta (ABA, por sus siglas en inglés)
Oxigenoterapia hiperbárica	Internación de pacientes hospitalizados
Prótesis de extremidad inferior, como una prótesis controlada por un microprocesador para una extremidad inferior	Programas de hospitalización parcial (PHP, por sus siglas en inglés)
Servicios de un centro de cirugías para ambulatorios independiente y fuera de la red, cuando es enviado por un proveedor participante	Internación en un centro de tratamiento residencial (RTC, por sus siglas en inglés)
Procedimientos quirúrgicos ortognáticos, injertos óseos, osteotomías y corrección quirúrgica de la articulación temporomandibular	Estimulación magnética transcreneal (TMS, por sus siglas en inglés)
Fármacos y soluciones inyectables médicas (medicamentos administrados o supervisados por un proveedor) pagados por el plan médico	

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

Esta lista puede ser actualizada ocasionalmente. Si usted acude a un proveedor dentro de la red, es la responsabilidad del proveedor verificar si hay alguna actualización. Si usted acude a un proveedor fuera de la red, usted es responsable de asegurarse que su proveedor obtenga autorización previa. 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 **844-427-8501**.