HOSPITALITY PLAN
UNITE HERE HEALTH

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	***Gold Plan***	
QUÉ TIENE COBERTURA	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 *(incluye todos los cuidados recibidos durante la visita)*	**$20**	**50%**
Teladoc *(telemedicina)*	**$0**	**No tiene cobertura**
Especialista *(todos los cuidados recibidos durante la visita)*	**$40**	**50%**
Salud Mental/Abuso de Sustancias	**$20**	**50%**
Servicios Quiroprácticos *(Hasta 12 visitas al año)*	**$20**	**No tiene cobertura**
Educación Sobre la Diabetes	**$0**	**No tiene cobertura**
Emergencias, Cuidados Urgentes y Servicios de Hospitalización		
Cuidados Urgentes	**$40**	**50%**
Sala de Emergencias (ER) para Emergencias *(no aplica si es admitido[a])*	**$150**	
Ambulancia Terrestre *(2 viajes al año)*	**$150/viaje**	
Ambulancia Aérea	**$150/viaje**	
Hospitalización del Paciente	**$250 al día** *($750 máximo por admisión)*	**50%**
Instalaciones de Enfermería Especializada *(Hasta 30 días al año)*	**$250 al día** *($750 máximo por admisión; menos cualquier copago por estadía en el hospital)*	**50%**
Servicios Ambulatorios		
Cirugía Ambulatoria	**$150 centro quirúrgico ambulatorio**	**50%**
	$250 hospital	
Terapia Física y Ocupacional *(Hasta 60 visitas al año, combinadas)* *Los límites de visitas para terapia física y ocupacional no se aplicarán a terapias principalmente para salud mental o tratamiento de abuso de sustancias.*	**$20 en clínica o instalaciones no hospitalarias**	
	$40 paciente ambulatorio de hospital	
Terapia del Habla *(Hasta 30 visitas al año)* *Los límites de visitas para terapia del habla no se aplicarán a terapias principalmente para salud mental o tratamiento de abuso de sustancias.*	**$20 en clínica o instalaciones no hospitalarias**	
	$40 paciente ambulatorio de hospital	
Medicamento por Infusión y Quimioterapia	**$0 en el hogar**	
	$20 en clínica o centro de infusión	
	20% paciente ambulatorio de hospital *(máximo de $200 por visita)*	
Diálisis del Riñón	**$0 en el hogar o centro de diálisis**	
	20% paciente ambulatorio de hospital *(máximo de $200 por visita)*	
Radioterapia	**20%**	

Más beneficios al reverso

Médico *(continuación)*	**Gold 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 *No hay copagos adicionales cuando son parte de una visita a la clínica*	**$20 en clínica o laboratorio que no sea en el hospital**	**50%**
	$80 paciente ambulatorio de hospital	
Diagnóstico por Imágenes (CT, MRI, PET)	**$150 en clínica o instalaciones no hospitalarias**	
	$250 paciente ambulatorio de hospital	
Otro Tipo de Atención y Gastos		
Visita al Hogar para Cuidado de la Salud *(Hasta 30 visitas al año)*	**$0**	**50%**
Cuidados Paliativos (Hospicio)	**$0**	**50%**
Ortopedia de Podiatría *$500 máximo cada 24 meses*	**$0**	**No tiene cobertura**
Equipo Médico de uso a Largo Plazo	**25%**	**No tiene cobertura**
Medicamentos con Receta **La red True Choice excluye a CVS y algunas otras cadenas y farmacias independientes** *(los medicamentos y suministros que no están en la lista de preferidos no están cubiertos)*		
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	**$0**	
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 (*consulte su SPD para gastos que no cuentan*).	***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

HOSPITALITY PLAN
UNITE HERE HEALTH

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 *Incluye exámenes de rutina, limpiezas y radiografías*	$0	30% de los cargos
Cuidado Restaurativo Básico *Incluye rellenos, endodoncia, periodontología, reparación de coronas/puentes*	20% de los cargos, después del deducible	40% de los cargos, después del deducible
Cuidado Restaurativo Principal *Incluye coronas, puentes, fundas, implantes, prótesis dentales*	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** *Accidente 1er día/ enfermedad 8vo día*	$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

HOSPITALITY PLAN
UNITE HERE HEALTH

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

Ofrecido como un paquete combinado

Dental | DeltaCare (DHMO)

¡Elija un dentista de la red! *Llame a Delta Dental HMO:* ***800-422-4234***	LO QUE USTED PAGA
Exámenes Orales de Rutina/Limpiezas	Copago de $0
La Mayoría de Radiografías	Copago de $0
Rellenos *Amalgama*	Copago de $0
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

+

Vision | VSP

Beneficios disponibles cada 12 meses	LO QUE USTED PAGA	
	Red VSP	**uera 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

Incapacidad de Corto Plazo

Sólo para empleados	LO QUE PAGA EL PLAN
***Incapacidad de Corto Plazo** *Accidente 1er día/ enfermedad 8vo día*	$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**	

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

Revisado 3/2026

UNITE HERE HEALTH

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