

Su Libro de Co-pagos dentro  
de la Red de la Culinary

## Ang Iyo'ng Libro ng Co-Payment Loob ng Samahan ng Culinary



English; pg. 1-5 / Tagalog; pg. 6-10 / Español; pg. 11-15

## Your Culinary In-Network (PPO) Co-Payment Book

**Questions?/Mga Tanong?/¿Preguntas?**

We are here to help you! **Narito Kami Upang Tulungan Ka!**

*¡Estamos aquí para ayudarle!*

1901 Las Vegas Blvd. South Suite 107  
Las Vegas, NV 89104  
702-733-9938  
[www.culinaryhealthfund.org](http://www.culinaryhealthfund.org)



# TABLE OF CONTENTS...

**1**

**Preventive Services  
Physician Office Services**

**2**

**Physician Office Services (continued)  
Prescriptions**

**3**

**Therapy Outpatient  
Cardiac/Pulmonary Rehabilitation  
Ambulatory Surgery Center  
Free-Standing Facility Services  
Outpatient Hospital Services**

**4**

**Outpatient Hospital Services (continued)  
Ambulance  
Emergency Room vs. Urgent Care  
In-Network Hospital (in-patient)  
Mental Health & Addictions**

**5**

**Other Services**

Type of Care	Services	Copay per Visit	Coinsurance	Plan Pays	Maximum Benefit	Other Information
The Maximum yearly amount you have to pay out of your pocket for your co-pays and coinsurance is <b>\$6,350</b> per person or <b>\$12,700</b> per family.						
<b>Preventive Services</b>	Immunizations for adults & children	No copay	No coinsurance	100% of allowable charges	No maximum benefit	Contact the Customer Service Office at <b>702-733-9938</b> for other services that may be covered.
	Well Baby Exams					
	Physical Exams					
	Nutritional Counseling					
	Osteoporosis Screening					
	Mammography					
	Women's well check					
	Colonoscopy & Sigmoidoscopy (ages 50-74)					
<b>Physician Office Services</b>	Primary Doctor	\$20	No coinsurance	100% of allowable charges after copay	No maximum benefit	No other information
	Specialist	\$30				
	Chiropractor	\$25	No coinsurance	100% of allowable charges after copay	No maximum benefit	Contact CACP at 702-365-5981 for In-Network Providers
	In-Patient Services	No copay	No coinsurance	100% of allowable charges after copay	No maximum benefit	No other information
	Injection	No copay				
	IV Treatment	\$7				
	Urgent Care	\$40	No coinsurance	100% of allowable charges after copay	No maximum benefit	<b>Tip: Want to save money?</b> <b>Call Dr. Tomorrow at 702-691-5656</b> and get an appointment with a doctor the same day or within 24 hours
	Pulmonary Treatment	\$5/procedure	No coinsurance	100% of allowable charges after copay	No maximum benefit	No other information
	Pulmonary Test	\$7				
	X-Ray	\$30	No coinsurance	100% of allowable charges after copay	No maximum benefit	Copay applies only in select physician offices.
	Radiology-PET/PET CT	\$225/procedure	No coinsurance	100% of allowable charges after copay	No maximum benefit	Copay applies only in select physician offices
	Radiology-CT/MRA/MRI	\$125/procedure				
	Lab	\$10	No coinsurance	100% of allowable charges after copay	No maximum benefit	Copay applies when labs performed & processed in physician's office.

Type of Care	Services	Copay per Visit	Coinsurance	Plan Pays	Maximum Benefit	Other Information
<b>Physician Office Services (continued)</b>	Vision Exam	\$40	No coinsurance	100% of allowable charges after copay	No maximum benefit	Lenses and frames are covered under the vision category
	Hearing & Speech Exam	\$40	No coinsurance	100% of allowable charges after copay	No maximum benefit	No other information
	Allergy Testing	\$7/test type				
	Allergy Immunotherapy	\$7/Injection				
	Chemotherapy	\$7	No coinsurance	100% of allowable charges after copay	No maximum benefit	Services need to be provided at Comprehensive Cancer Centers of Nevada
	Radiation Therapy	\$7				
	Surgery in the physician's office	\$7/procedure	No coinsurance	100% of allowable charges after copay	No maximum benefit	No other information
	Nerve conduction studies	\$7				
	All other physician office procedures	\$7/procedure				
	Dialysis Managment	No copay				
<b>Prescriptions</b>	Culinary Pharmacy (Generic medications only)	No copay	No coinsurance	100%	No maximum benefit	<b>Tip: you can save money by asking your doctor for a generic medication</b> Contact the Culinary Free Pharmacy at 702-650-4417
	Tier 1 Generic medications	\$10	No coinsurance	100% after copay	No maximum benefit	Tier 1, 2 & 3 medications available at retail pharmacies. For a complete list of retail pharmacies included in the Network, contact <b>Catamaran at 1-866-611-5960</b>
	Tier 2 Formulary	\$30				
	Tier 3 Non-Formulary	\$50				
	Mail Order	\$10, \$20, or \$35	No coinsurance	100% after copay	No maximum benefit	With one copay, you can get a <b>60-day</b> supply
<b>Therapy Outpatient</b>	Physical Therapy	\$0	No coinsurance	100% of allowable charges	No maximum benefit	No other information
	Occupational and Speech Therapy	\$20	No coinsurance	100% of allowable charges	30 visits <b>per</b> therapy	No other information

Call the Customer Service Office at 702-733-9938 to make sure your provider/hospital is in the Culinary Network.

Type of Care	Services	Copay per Visit	Coinsurance	Plan Pays	Maximum Benefit	Other Information	
Cardiac/ Pulmonary Rehabilitation	Cardiac/Pulmonary Rehabilitation	\$30	No coinsurance	100% of allowable charges after copay	30 visits <b>per</b> cardiac event	No other information	
Ambulatory Surgery Center	Surgery	\$150	No coinsurance	100% of allowable charges after copay	No maximum benefit	No other information	
Free-Standing Facility Services (Not at a hospital)	Lab	No copay	No coinsurance	100% of allowable charges after copay	No maximum benefit	Tip: CPL is the only lab you can use.	
	X-Ray	\$20	No coinsurance	100% of allowable charges after copay	No maximum benefit	Tip: Desert Radiology is the only radiology office you can use.	
	CT Scan, MRI, MRA	\$125	No coinsurance	100% of allowable charges after copay	No maximum benefit		
	PET	\$175					
	Interventional Radiology Services	\$150					
	Dialysis	No copay					
	Sleep Center	\$125					
Outpatient Hospital Services	Lab for Hospital Based preoperative or diagnostic services only	\$15	No coinsurance	100% of allowable charges after copay	No maximum benefit	Some services require prior authorization (approval)  Tip: If your doctor refers you to a hospital to have these tests, ask your doctor to send you to <b>Desert Radiology</b> or <b>CPL</b>	
	X-Ray	\$45					
	MRI, MRA, CT Scan	\$125					
	PET and combined PET/CT	\$225					
	Interventional Radiology and Diagnostic Radiology Services only performed in a hospital outpatient setting.	\$250					
	Dialysis	No copay			30 visits <b>per</b> event		
	Physical Therapy (after discharged from an inpatient hospital admission)	\$0					
	Occupational & Speech Therapy (after discharged from an inpatient hospital admission)	\$20					maximum of 30 visits

Type of Care	Services	Copay per Visit	Coinsurance	Plan Pays	Maximum Benefit	Other Information	
Outpatient Hospital Services (continued)	Outpatient Surgery	\$250	No coinsurance	100% of allowable charges after copay	No maximum benefit	Some services require prior authorization (approval)	
	Diabetes Education	No copay					
	All other outpatient hospital services	No copay	25%	75% of allowable charges			
Ambulance	Ground or Air	No copay	25%	75%	No maximum benefit	No other information	
Emergency Room vs. Urgent Care	Emergency Room	\$350 per visit	No coinsurance	100% of allowable charges after copay, including all other covered ER services, as well as lab and X-ray	No maximum benefit	Tip: please go to the Urgent Care for non-life threatening issues. Take a look at the Provider Directory for 24/7 Urgent Care locations.	
	Urgent Care	\$40 per visit		100% of allowable charges after copay		Tip: Want to save money? Call Dr. Tomorrow at 702-691-5656 and get an appointment with a doctor the same day or within 24 hours	
In-Network Hospital (in-patient)	Inpatient Stay	\$250	No coinsurance	100% of allowable charges after copay	No maximum benefit	Tip: Call the Customer Service Office at 702-733-9938 to make sure your hospital is in our Network.	
	Obstetrics	\$250					
	Skilled Nursing Facility	\$250	No coinsurance	100% of allowable charges after copay	60 day maximum		
	Inpatient Rehabilitation	\$250	No coinsurance	100% of allowable charges after copay	60 day maximum		
	23hr observation	\$250	No coinsurance	100% of allowable charges	No maximum benefit		
	Surgery/Anesthesia	No copay					
Mental Health and Addictions	Outpatient Therapy	No copay for the first 5 visits per issue/\$20 copay after.	No coinsurance	100% of allowable charges after copay	No maximum benefit	Some services may require prior approval. Call Harmony Healthcare at 702-251-8000 for additional information	
	Inpatient	\$250					
	Partial Hospital Admission	\$250					
	Residential Treatment	\$250					
	Intensive Outpatient Program	\$250					

Type of Care	Services	Copay per Visit	Coinsurance	Plan Pays	Maximum Benefit	Other Information
Other Services	Home Healthcare	\$15 <b>per</b> day	No coinsurance	100% of allowable charges after copay	Maximum benefit of 60 days per calendar year	No other information
	Home Infusion Therapy	No copay		100% of allowable charges		
	Hospice	No copay				
	Compression Stockings	\$22 <b>per</b> pair		100% of allowable charges after copay	3 pair per calendar year	Custom-made compression stockings require prior authorization (approval)
	Diabetic Shoes	\$55 <b>per</b> pair			2 pair per calendar year	No other information
	Mastectomy Bras	\$12 <b>per</b> item			\$350 per calendar year	
	Orthotic Shoe Inserts	\$10 <b>per</b> pair			1 pair or 2 inserts every 5 years	They must be prescribed by a PPO Physician, Podiatrist, Orthopedic Physician or a Orthotic Provider
	Diabetic Supplies	No copay	No coinsurance	100% of allowable charges	No maximum benefit	No other information
	Durable Medical Equipment & Medical Supplies		25% of allowable charges	75% of allowable charges	No maximum benefit	Prior Authorization (approval) is required for items over \$500
	Prosthetic & Orthotic Appliances		25% of allowable charges			Prior Authorization (approval) is required
	Glasses & Contact Lenses		No coinsurance	\$150 every two years	\$150 every two years	Your eye exam is covered under your Physician Office Services Benefit.
	Hearing Aids			\$300 every 60 months	\$300 every 60 months	No other information

# TALAAN NG **NILALAMAN...**

**6**

**Mga Serbisyo'ng Pampigil Sakit  
Mga Serbisyo sa Opisina ng Manggagamot**

**7**

**Mga Serbisyo sa Opisina ng Manggagamot  
(pag-papatuloy)  
Mga Reseta**

**8**

**Terapi Panlabas na Pasyente  
Terapi Pang-Rehabilitasyon Sa Puso/Baga  
Sentro Pang-Siruhiya-Nakakalakad  
Mga Serbisyo sa Nagsosolo'ng Pasilidad  
(Hindi ospital)  
Mga Serbisyo sa Panlabas na Pasyente ng Ospital**

**9**

**Mga Serbisyo sa Panlabas na Pasyente ng  
Ospital (pag-papatuloy)  
Ambulansya  
Emergency Room vs. Biglaa'ng Pangangalaga  
Ospital sa Samahan (panloob na pasyente)  
Kalusugan sa Pag-iisip at mga Pagkagumon**

**10**

**Iba pa'ng mga Serbisyo**



Uri Ng Pangangalaga	Mga Serbisyo	Copay/Bisita	Kabahagi Sa Seguro	Babayaran Ng Plano	Pinaka-Mataas Na Benepisyo	Iba Pa'ng Impormasyon		
Ang Pinaka-mataas na halaga'ng babayaran mo taun-taon mula sa iyong bulsa para sa iyong mga co-pay at kasama'ng seguro ay <b>\$6,350</b> bawat tao o <b>\$12,700</b> bawat pamilya.								
<b>Mga Serbisyo'ng Pampigil Sakit</b>	Imunisasyon para sa mga matatanda at mga bata	Wala'ng Copay	Wala'ng Kasama'ng Seguro	100% ng Pinayaga'ng mga Singilin	Wala'ng Pinaka-mataas na benepisyo	Makipag-ugnayan sa Opisina ng Tagapagbigay Serbisyo sa <b>702-733-9938</b> para sa iba pa'ng mga serbisyo na maaari'ng sakop.		
	Eksaminasyon sa Kalagayan ng Bata							
	Eksaminasyon Pisikal							
	Pagpapayo nutrisyonal							
	Pagpapatingin sa Osteoporosis							
	Mammography							
	Pagpapatingin sa Kalagayan ng mga babae							
	Kolonoskopiya & Sigmoydoskopiya (edad 50-74)							
<b>Mga Serbisyo sa Opisina ng Manggagamot</b>	Pangunahi'ng Manggagamot	\$20	Wala'ng Kasama'ng Seguro	100% ng Pinayaga'ng mga Singilin matapos ang copay	Wala'ng Pinaka-mataas na benepisyo	Wala'ng Iba'ng Impormasyon		
	Espesyalista	\$30				Makipag-ugnayan sa 702-365-5981 para sa Samahan ng Tagapagbigay-Lunas.		
	Kiropraktor	\$25						
	Mga Serbisyo sa Pasyente'ng Panloob	Wala'ng Copay	Wala'ng Kasama'ng Seguro	100% ng Pinayaga'ng mga Singilin matapos ang copay	Wala'ng Pinaka-mataas na benepisyo	Wala'ng Iba'ng Impormasyon		
	Iniksiyon							
	IV	\$7	Wala'ng Kasama'ng Seguro	100% ng Pinayaga'ng mga Singilin matapos ang copay	Wala'ng Pinaka-mataas na benepisyo	<b>Pahiwatig: Gusto'ng Makatipid ng Pera? Tawagan ang Dr. Tomorrow sa 702-691-5656</b> at kumuha ng apoyntment sa isang doktor para ngayon o sa loob ng 24 oras.		
	Biglaa'ng Pangangalaga	\$40					Wala'ng Iba'ng Impormasyon	
	Paggamot sa Baga	\$5/pamamaraan	Wala'ng Kasama'ng Seguro				Wala'ng Iba'ng Impormasyon	
	Pagsusuri sa Baga	\$7						Ang Copay ay para lamang sa mga pili'ng opisina ng mga manggagamot.
	X-Ray	\$30						Ang Copay ay para lamang sa mga pili'ng opisina ng mga manggagamot.
	Radiyolohiya-PET/PET CT	\$225/pamamaraan	Wala'ng Kasama'ng Seguro	100% ng Pinayaga'ng mga Singilin matapos ang copay	Wala'ng Pinaka-mataas na benepisyo	Ang Copay ay para lamang sa mga pili'ng opisina ng mga manggagamot.		
	Radiyolohiya-CT/MRA/ MRI	\$125/pamamaraan				Ang Copay ay para lamang sa mga pili'ng opisina ng mga manggagamot.		
	Laboratoryo	\$10				Ang Copay ay para lamang sa mga laboratoryo'ng isinasagawa sa opisina ng manggagamot.		

Uri Ng Pangangalaga	Mga Serbisyo	Copay/Bisita	Kasama'ng Seguro	Babayaran Ng Plano	Pinaka-Mataas Na Benepisyo	Iba Pa'ng Impormasyon
<b>Mga Serbisyo sa Opisina ng Manggagamot (pag-papatuloy)</b>	Eksam sa Paningin	\$40	Wala'ng Kasama'ng Seguro	100% ng Pinayaga'ng mga Singilin matapos ang copay	Wala'ng Pinaka-mataas na benepisyo	Salamin at balangkas ay sakop sa Ilalim ng kategorya'ng Paningin
	Eksam sa Pandinig at Pagsasalita	\$40	Wala'ng Kasama'ng Seguro	100% ng Pinayaga'ng mga Singilin matapos ang copay	100% ng Pinayaga'ng mga Singilin matapos ang copay	Wala'ng Iba'ng Impormasyon
	Pagsusuri sa Alerdye	\$7/uri ng pagsusuri				
	Imyunoterapi sa Alerdye	\$7/Iniksiyon				
	Kimoterapy	\$7	Wala'ng Kasama'ng Seguro	100% ng Pinayaga'ng mga Singilin matapos ang copay	100% ng Pinayaga'ng mga Singilin matapos ang copay	Ang mga serbisyo ay kailanga'ng gawin ng Comprehensive Cancer Centers of Nevada
	Terapi Pang Radiyasyon	\$7				
	Siruhiya sa Opisina ng Manggagamot	\$7/pamamaraan	Wala'ng Kasama'ng Seguro	100% ng Pinayaga'ng mga Singilin matapos ang copay	100% ng Pinayaga'ng mga Singilin matapos ang copay	Wala'ng Iba'ng Impormasyon
	Pag-aaral sa Pagdaloy ng Nerbiyo	\$7				
	Lahat ng Iba pa'ng mga pamamaraan sa opisina ng Manggagamot	\$7/pamamaraan				
	Pamamahala sa Dyalisis	Wala'ng Copay				
<b>Terapi Panlabas na Pasyente</b>	Pisikal	\$0	Wala'ng Kasama'ng Seguro	100% ng Pinayaga'ng mga Singilin matapos	Wala'ng Pinaka-mataas na benepisyo	Wala'ng Iba'ng Impormasyonn
	Pagkilos o Pagsasalita	\$20	Wala'ng Kasama'ng Seguro	100% ng Pinayaga'ng mga Singilin matapos	30 pagbisita sa <b>bawat</b> terapewtika	Wala'ng Iba'ng Impormasyonn
<b>Terapi Pang-Rehabilitasyon Sa Puso/Baga</b>	Terapi Pang-Rehabilitasyon Sa Puso Baga	\$30	Wala'ng Kasama'ng Seguro	100% ng Pinayaga'ng mga Singilin matapos ang copay	30 pag-bisita <b>bawat</b> pangyayari may kaugnayan sa puso	Wala'ng Iba'ng Impormasyonn

Uri Ng Pangangalaga	Mga Serbisyo	Copay/Bisita	Kasama'ng Seguro	Babayaran Ng Plano	Pinaka-Mataas Na Benepisyo	Iba Pa'ng Impormasyon	
Sentro Pang-Siruhiya-Nakalakad	Siruhiya	\$150	Wala'ng Kasama'ng Seguro	100% ng Pinayaga'ng mga Singilin matapos ang copay	Wala'ng Pinaka-mataas na benepisyo	Wala'ng Iba'ng Impormasyonn	
Mga Serbisyo sa Nagsosolo'ng Pasilidad (Hindi sa ospital)	Laboratoryo	Wala'ng Copay	Wala'ng Kasama'ng Seguro	100% ng Pinayaga'ng mga Singilin matapos ang copay	Wala'ng Pinaka-mataas na benepisyo	Pahiwatig: CPL lamang ang Laboratoryo'ng maaari mo'ng gamitin.	
	X-Ray	\$20	Wala'ng Kasama'ng Seguro	100% ng Pinayaga'ng mga Singilin matapos ang copay	Wala'ng Pinaka-mataas na benepisyo	Pahiwatig: Ang Desert Radiology lamang ang Radyolohiya'ng maaari mo'ng gamitin.	
	CT Scan, MRI, MRA	\$125	Wala'ng Kasama'ng Seguro	100% ng Pinayaga'ng mga Singilin matapos ang copay	Wala'ng Pinaka-mataas na benepisyo		
	PET	\$175					
	Serbisyo sa Radiology pang-Pamagitan	\$150					
	Dyalisis	Wala'ng Copay					
	Sentro sa Pag-aaral sa Pag-tulog	\$125					
Mga Serbisyo sa Panlabas na Pasyente ng Ospital	Laboratoryo nababatay sa Ospital para lamang sa mga serbisyo bago sumailalim ng siruhiya o dyagnostiko	\$15	Wala'ng Kasama'ng Seguro	100% ng Pinayaga'ng mga Singilin matapos ang copay	Wala'ng Pinaka-mataas na benepisyo	Ang iba'ng mga serbisyo ay kailangan ang pauna'ng awtorisasyon (aproba). Pahiwatig: Kung ang iyo'ng manggagamot ay isinangguni ka sa ospital upang magkaroon ng mga ganito'ng pagsusuri, hilingin sa iyo'ng manggagamot na ipadala ka sa Desert Radiology o CPL.	
	X-Ray	\$45					
	MRI, MRA, CT Scan	\$125					
	PET at kombinasyon ng PET/CT	\$225			30 pagbisita sa bawa't terapewtika		
	Serbisyo sa Radyasyon Pamamagitan at Dyagnostiko'ng Radyasyon na isinasagawa lamang bilang panlabas na pasyente ng ospital.	\$250					
	Dyalisis	Wala'ng Copay					
	Terapi pang Pisikal, (matapos palabasin mula pagkaratay sa ospital)	\$0					
	Terapi pang Pagkilos o Pagsasalita (matapos palabasin mula pagkaratay sa ospital)	\$20		maximum of 30 visits			

Uri Ng Pangangalaga	Mga Serbisyo	Copay/Bisita	Kasama'ng Seguro	Babayaran Ng Plano	Pinaka-Mataas Na Benepisyo	Iba Pa'ng Impormasyon
Mga Serbisyo sa Panlabas na Pasyente ng Ospital (pag-papatuloy)	Siruhiya sa Panlabas na pasyente	\$250	Wala'ng Kasama'ng Seguro	100% ng Pinayaga'ng mga Singilin matapos ang copay	Wala'ng Pinaka-mataas na benepisyo	Ang iba'ng mga serbisyo ay kailangan ang pauna'ng awtorisasyon (aproba).
	Pag-aaral tungkol sa Dyabetes	Wala'ng Copay				
	Lahat ng iba pa'ng serbisyo sa panlabas na pasyente ng Ospital	Wala'ng Copay	25%	75% ng Pinayaga'ng Singilin		
Ambulansya	Lupa o Himpapawid	Wala'ng Copay	25%	75%	Wala'ng Pinaka-mataas na benepisyo	Wala'ng Iba'ng Impormasyon
Emergency Room vs. Biglaa'ng Pangangalaga	Emergency Room	\$350 bawat pagbisita	Wala'ng Kasama'ng Seguro	100% ng Pinayaga'ng mga Singilin matapos ang copay, kasama lahat ng sakop na serbisyo sa ER ganoon din ang laboratoryo at X-ray	Wala'ng Pinaka-mataas na benepisyo	Pahiwatig: Pumunta sa Biglaa'ng Pangangalaga para sa hindi nagbabanta-sa-buhay na karamdaman. Tingnan ang Direktoryo ng mga Tagapagbigay-lunas para sa 24/7 lugar ng Biglaa'ng Pangangalaga.
	Biglaa'ng Pangangalaga	\$40 bawat pagbisita		100% ng Pinayaga'ng mga Singilin matapos ang copay		Pahiwatig: Gusto'ng makatipid ng Pera? Tawagan ang Dr. Tomorrow sa 702-691-5656 at kumuha ng apoyntment sa isang doktor para ngayon o sa loob ng 24 oras.
Ospital sa Samahan (panloob na pasyente)	Pagtigil bilang Panloob na Pasyente	\$250	Wala'ng Kasama'ng Seguro	100% ng Pinayaga'ng mga Singilin matapos ang copay	Wala'ng Pinaka-mataas na benepisyo	Pahiwatig: Makipag-ugnayan sa Opisina ng Tagapagbigay Serbisyo sa 702-733-9938 upang matiyak na ang iyo'ng ospital ay nasa Samahan.
	Obstetrisiya	\$250				
	Pasilidad na may Kaalaman ng Nars	\$250	Wala'ng Kasama'ng Seguro	100% ng Pinayaga'ng mga Singilin matapos ang copay	pinakamatagal ay 60 araw	
	Rehabilitasyon Panloob na Pasyente	\$250	Wala'ng Kasama'ng Seguro	100% ng Pinayaga'ng mga Singilin matapos ang copay	pinakamatagal ay 60 araw	
	23 oras obserbasyon	\$250	Wala'ng Kasama'ng Seguro	100% ng Pinayaga'ng mga Singilin	Wala'ng Pinaka-mataas na benepisyo	
	Siruhiya/Anestesiya	Wala'ng Copay				
Kalusugan sa Pag-iisip at mga Pagkagumon	Terapi Panlabas na Pasyente	Wala'ng Copay sa una'ng 5 pag-bisita bawat karamdaman/\$20 copay pagkatapos.	Wala'ng Kasama'ng Seguro	100% ng Pinayaga'ng mga Singilin matapos ang copay	Wala'ng Pinaka-mataas na benepisyo	Ang iba sa mga serbisyo ay maaari'ng kailangan ang pauna'ng aproba. Tawagan ang Harmony Healthcare at 702-251-8000 para sa mga karagdaga'ng impormasyon.
	Panloob na Pasyente	\$250				
	Bahagi'ng Pagtanggap sa Ospital	\$250				
	Panggagamot sa Bahay	\$250				
	Programang Masinsina'ng Panlabas na Panggagamot	\$250				

Uri Ng Pangangalaga	Mga Serbisyo	Copay/Bisita	Kasama'ng Seguro	Babayaran Ng Plano	Pinaka-Mataas Na Benepisyo	Iba Pa'ng Impormasyon
Iba pa'ng mga Serbisyo	Pangangalaga ng Kalusugan sa Bahay	\$15 <b>bawat</b> araw	Wala'ng Kasama'ng Seguro	100% ng Pinayaga'ng mga Singilin matapos ang copay	Pinaka-mataas na benepisyo ay 60 araw sa loob ng isang taon	Wala'ng Iba'ng Impormasyonn
	Pambahay na Terapi'ng Pinadadaan sa Ugat	Wala'ng Copay		100% ng Pinayaga'ng mga Singilin		
	Hospis	Wala'ng Copay		100% ng Pinayaga'ng mga Singilin matapos ang copay	3 pares sa loob ng isang taon	Ang pasadya'ng pagkagawa ng pampiga'ng medyas ay kailangan ang pauna'ng awtorisasyon (aproba).
	Pampiga'ng Medyas	\$22 <b>bawat</b> pares			2 pares sa loob ng isang taon	
	Sapatos para sa may Dyabetes	\$55 <b>bawat</b> pares			\$350 sa loob ng isang taon	
	Mga Bra ng Inalisan ng Suso	\$12 <b>bawat</b> kasangkapan			1 pares o 2 pamasak tuwing 5 taon	Wala'ng Iba'ng Impormasyonn
	Pamasak sa Sapatos Ortotiko	\$10 <b>bawat</b> pares				
	Istak pang Dyabetes	Wala'ng Copay	Wala'ng Kasama'ng Seguro	100% ng Pinayaga'ng mga Singilin	Wala'ng Pinaka-mataas na benepisyo	Wala'ng Iba'ng Impormasyonn
	Matibay na Kagamitan pang Medikal at Istak pang Medikal		25% ng Pinayaga'ng mga Singilin	75% ng Pinayaga'ng mga Singilin	Wala'ng Pinaka-mataas na benepisyo	Pauna'ng awtorisasyon (aproba) ay kailangan sa mga kasangkapan na mahigit sa \$500
	Mga Kagamitan sa Prostetik at Ortotik		25%			Ang pauna'ng awtorisasyon ay kailangan (aproba)
	Salamin sa Mata at Kontak Lenses		Wala'ng Kasama'ng Seguro	\$150 tuwing dalawa'ng taon	\$150 tuwing dalawa'ng taon	Ang pagsusuri sa mata ay sakop sa ilalim ng iyo'ng mga Benepisyo sa Opisina ng Manggagamot.
	Pang-tulong sa Pandinig			\$300 tuwing 60 buwan	\$300 tuwing 60 buwan	Wala'ng Iba'ng Impormasyon
Mga Re-seta	Botika ng Culinary (Mga gamot na Generic lamang)	Wala'ng Copay	Wala'ng Kasama'ng Seguro	100%	Wala'ng Pinaka-mataas na benepisyo	<b>Pahiwatig: Makakatipid ka ng pera sa pamamagitan ng paghingi sa iyo'ng manggagamot ng generic na gamot.</b> Makipag-ugnayan sa Culinary Free Pharmacy sa 702-650-4417.
	Baitang 1 ng mga Generic na gamot	\$10	Wala'ng Kasama'ng Seguro	100% matapos ang copay	Wala'ng Pinaka-mataas na benepisyo	Ang mga gamot sa Baitang 1, 2 & 3 ay maaari'ng mabili sa mga tindahan ng botika. Para sa kumpleto'ng listahan ng tindahan ng botika na kasama sa Samahan, makipag-ugnayan sa <b>Catamaran sa 1-866-611-5960.</b>
	Baitang 2 Pormularyo	\$30				
	Baitang 3 Hindi Pormularyo	\$50	Wala'ng Kasama'ng Seguro	100% matapos ang copay	Wala'ng Pinaka-mataas na benepisyo	Sa isa'ng copay, makakakuha ka ng <b>60-araw</b> na istak.
	Order sa Koreo	\$10, \$20, o \$35				

# TABLA DE **CONTENIDO...**

**11**

**Servicios Preventivos  
Servicios en el Consultorio Médico**

**12**

**Servicios en el Consultorio Médico (continua)  
Recetas Médicas**

**13**

**Terapia para Pacientes Ambulatorios  
Rehabilitación Cardíaca/Pulmonar  
Centro Quirúrgico Ambulatorio  
Servicios en un Centro Independiente  
Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios**

**14**

**Servicios Hospitalarios para Pacientes  
Ambulatorios (continua)  
Ambulancia  
Sala de Emergencias vs. Centro Urgent Care  
Hospital Dentro de la Red (de internados)  
Tratamiento para la Salud Mental y Adicciones**

**15**

**Otros Servicios**

Tipo de Atención	Servicios	Copago por Consulta	Coseguro	El Plan Paga	Beneficio Máximo	Otra Información
El máximo de la cantidad anual que usted debe pagar de su bolsillo en copagos y coseguro es <b>\$6,350</b> por persona o <b>\$12,700</b> por familia.						
<b>Servicios Preventivos</b>	Inmunizaciones para adultos y menores	Ningún copago	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	Llame a la Oficina de Servicios al Cliente al <b>702-733-9938</b> para averiguar de otros servicios que quizás tengan cobertura.
	Exámenes para Bebé Saludable					
	Chequeo Médico					
	Asesoría Nutricional					
	Examen de Osteoporosis					
	Mamografía					
	Chequeo para Mujer Sana					
	Colonoscopia y Sigmoidoscopia (entre los 50-74 de edad)					
<b>Servicios en el Consultorio Médico</b>	Médico de Cabecera	\$20	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después de dar su copago	Ningún máximo en el beneficio	Ninguna otra información
	Especialista	\$30				
	Quiropráctico	\$25	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después de dar su copago	Ningún máximo en el beneficio	Llame a CACP al 702-365-5981 para obtener una lista de Proveedores Dentro de la Red
	Servicios para pacientes hospitalizados	Ningún copago	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después de dar su copago	Ningún máximo en el beneficio	Ninguna otra información
	Inyección	Ningún copago				
	Tratamiento Vía Intravenosa	\$7				
	Centros Urgent Care (Cuidados Urgentes)	\$40	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después de dar su copago	Ningún máximo en el beneficio	<b>Consejo: ¿Quiere ahorrar dinero? Llame a Doctor Tomorrow al 702-691-5656 y consiga una cita con un médico el mismo día o antes de que pasen 24 horas</b>
	Tratamiento Pulmonar	\$5/procedimiento	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después de dar su copago	Ningún máximo en el beneficio	Ninguna otra información
	Prueba Pulmonar	\$7				
	Rayo-X	\$30	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después de dar su copago	Ningún máximo en el beneficio	El Copago se aplica sólo en consultorios médicos selectos.
	Radiología-PET/PET CT	\$225/procedimiento	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después de dar su copago	Ningún máximo en el beneficio	El Copago se aplica sólo en consultorios médicos selectos.
	Radiología-CT/MRA/MRI	\$125/procedimiento				
	Laboratorio	\$10	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después de dar su copago	Ningún máximo en el beneficio	El Copago se aplica cuando los análisis se realizaron y se procesaron en un consultorio médico.

Tipo de Atención	Servicios	Copago por Consulta	Coseguro	El Plan Paga	Beneficio Máximo	Otra Información
<b>Servicios en el Consultorio Médico (continua)</b>	Examen de la Vista	\$40	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Ningún máximo en el beneficio	Los lentes y las monturas se cubren bajo la categoría de la vista
	Examen auditivo y del habla	\$40	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Ningún máximo en el beneficio	Ninguna Otra Información
	Prueba de Alergias	\$7 por clase de prueba				
	Inmunoterapia para Alergias	\$7/Inyección				
	Quimioterapia	\$7	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Ningún máximo en el beneficio	Estos servicios deben ser proporcionados en Comprehensive Cancer Centers of Nevada
	Radioterapia	\$7				
	Cirugía en el consultorio médico	\$7 por procedimiento	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Ningún máximo en el beneficio	Ninguna Otra Información
	Estudios de Conducción Nerviosa	\$7				
	Todo otro procedimientos en consultorio	\$7 por procedimiento				
	Manejo de Diálisis	Ningún copago				
<b>Recetas Médicas</b>	Farmacia de la Culinaria (Sólo medicamentos genéricos)	Ningún copago	Ningún coseguro	100%	Ningún máximo en el beneficio	<b>Consejo: Puede ahorrar dinero pidiéndole a su doctor un medicamento genérico.</b> Contacte a la Farmacia Gratis de la Culinaria llamando al 702-650-4417
	Medicamentos Genéricos de Nivel 1	\$10	Ningún coseguro	100% después del copago	Ningún máximo en el beneficio	Los medicamentos del Nivel 1, 2, y 3 están disponibles en farmacias comerciales. Para obtener una lista completa de las farmacias comerciales incluidas en la Red, contacte a <b>Catamaran llamando al 1-866-611-5960</b>
	Lista Aprobada del Nivel 2	\$30				
	Lista No Aprobada del Nivel 3	\$50				
	Pedidos por Correo	\$10, \$20, ó \$35	Ningún coseguro	100% después del copago	Ningún máximo en el beneficio	Con un solo copago, puede obtener un suministro de <b>60-días</b>
<b>Terapia Pacientes Ambulatorios</b>	Terapia física	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	Ninguna otra información
<b>Terapia Pacientes Ambulatorios</b>	Terapia Ocupacional, y del habla	\$20	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos	30 visitas por terapia	Ninguna otra información



Tipo de Atención	Servicios	Copago por Consulta	Coseguro	El Plan Paga	Beneficio Máximo	Otra Información	
Rehabilitación Cardíaca/ Pulmonar	Rehabilitación Cardíaca/Pulmonar	\$30	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	30 visitas <b>por</b> evento cardíaco	Ninguna otra información	
Centro Quirúrgico Ambulatorio	Cirugía	\$150	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Ningún máximo en el beneficio	Ninguna otra información	
Servicios en un Centro Independiente (No en un hospital)	Laboratorio	Ningún copago	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Ningún máximo en el beneficio	<b>Consejo:</b> CPL es el único laboratorio que puede utilizar	
	Rayo-X	\$20	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Ningún máximo en el beneficio		
	Estudio CT, MRI, MRA	\$125	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Ningún máximo en el beneficio	<b>Consejo:</b> Desert Radiology es el único centro de radiología que puede utilizar.	
	PET	\$175					
	Servicios de Radiología Intervencionista	\$150					
	Diálisis	Ningún copago					
	Centro de Estudios del Sueño	\$125				Algunos servicios requieren autorización previa (aprobación)	
Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios	Laboratorio sólo para servicios hospitalarios Preoperatorios o de Diagnostico	\$15	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Ningún máximo en el beneficio	Algunos servicios requieren autorización previa (aprobación) <b>Consejo:</b> Si su doctor lo envía a un hospital para hacerse estos estudios, pídale a su doctor que lo envíe a <b>Desert Radiology</b> o a <b>CPL</b>	
	Rayo-X	\$45					
	Estudio MRI, MRA, CT	\$125					
	PET y combinación de PET/CT	\$225					
	Los Servicios de Radiología Intervencionista y Radiología de Diagnostico sólo se realizan en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios.	\$250			30 visitas por terapia		
	Diálisis	Ningún copago					
	Terapia Física, (después de ser dado de alta de un hospital)	\$0					
	Terapia Ocupacional, y del Habla (después de ser dado de alta de un hospital)	\$20			máximo de 30 visitas		

Tipo de Atención	Servicios	Copago por Consulta	Coseguro	El Plan Paga	Beneficio Máximo	Otra Información
Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios (continua)	Cirugía para Pacientes Ambulatorios	\$250	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Ningún máximo en el beneficio	Algunos servicios requieren autorización previa (aprobación)
	Educación sobre la Diabetes	Ningún copago				
	Otros servicios hospitalarios para pacientes externos	Ningún copago	25%	75% de los cobros permitidos		
Ambulancia	Por Tierra o Aérea	Ningún copago	25%	75%	Ningún máximo en el beneficio	Ninguna Otra Información
Sala de Emergencias en comparación a Urgent Care	Sala de Emergencias	\$350 por ida	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago, incluyendo todo servicio de la Sala de Emergencias que se cubra, además de análisis de laboratorio y rayo-x	Ningún máximo en el beneficio	Consejo: Por favor vaya a un centro Urgent Care por problemas que no sean de vida o muerte. Consulte el Directorio de Proveedores para ver las localidades de centros Urgent Care abiertos las 24 horas, los 7 días.
	Centros Urgent Care (Cuidados Urgentes)	\$40 por ida		100% de los cobros permitidos después del copago		Consejo: ¿Quiere ahorrar dinero? Llame al Dr. Mañana al 702-691-5656 y haga una cita con un doctor para el mismo día o antes de que pasen las 24 horas
Hospital Dentro de la Red (de internados)	Hospitalización	\$250	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Ningún máximo en el beneficio	Consejo: Llame a la Oficina de Servicios al Cliente al 702-733-9938 para asegurarse de que su hospital esta en nuestra Red.
	Obstetricia	\$250				
	Centro de Enfermería Especializada	\$250	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Máximo de 60 días	
	Rehabilitación para Pacientes Internados	\$250	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Máximo de 60 días	
	Observación de 23 hs	\$250	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	
	Cirugía/Anestesia	Ningún copago				
Tratamiento para la Salud Mental y Adicciones	Terapia para Pacientes Ambulatorios	Ningún copago por las 1as 5 visitas por cada tema/ después, un copago de \$20	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Ningún máximo en el beneficio	Algunos servicios quizás requieran autorización previa. Llame a Harmony Healthcare al 702-251-8000 para obtener información adicional
	Pacientes Internados	\$250				
	Internación Parcial en Hosp.	\$250				
	Tratamiento en Centro Resid.	\$250				
	Programa Intensivo para Pacientes Ambulatorios	\$250				

Tipo de Atención	Servicios	Copago por Consulta	Coseguro	El Plan Paga	Beneficio Máximo	Otra Información
Otros Servicios	Cuidado Domiciliario	\$15 <b>por</b> día	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Beneficio máximo de 60 días por año de calendario	Ninguna otra información
	Terapia de Infusión a Domicilio	Ningún copago		100% de los cobros permitidos		
	Centro para Enfermos Terminales	Ningún copago				
	Medias de Compresión	\$22 <b>por</b> par		100% de los cobros permitidos después del copago	3 pares por año de calendario	Las medias de compresión hechas a la medida requieren autorización previa (aprobación)
	Calzado para Diabéticos	\$55 <b>por</b> par			2 pares por año de calendario	Ninguna otra información
	Sostenes Postmastectomía	\$12 <b>por</b> prenda			\$350 por año de calendario	
	Plantillas Ortopédicas	\$10 <b>por</b> par			1 par o 2 plantillas cada 5 años	Deben ser recetados por un Médico PPO, Podiatra, Ortopedista o Proveedor Ortopédico
	Productos para Diabéticos	Ningún copago	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	Ninguna otra información
	Equipo Médico Duradero y Suministros Médicos		25% de los cobros permitidos	75% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	Autorización Previa (aprobación se requiere para artículos de más de \$500
	Aparatos Prostéticos y Ortopédicos		25%	75% de los cobros permitidos		Prior Authorization (approval) is required
	Anteojos y Lentes de Contacto		Ningún coseguro	\$150 cada dos años	\$150 cada dos años	Su examen de la vista se cubre bajo el Beneficio de Servicios en el Consultorio Médico.
	Aparatos Auditivos			\$300 cada 60 meses	\$300 cada 60 meses	Ninguna otra información



[www.culinaryhealthfund.org](http://www.culinaryhealthfund.org)  
[www.facebook.com/culinaryhealthfund](https://www.facebook.com/culinaryhealthfund)