



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

English: pg. 1-5

Ang Libro ng Co-Payment (PPO) Sa Samahan ng Culinary

Tagalog: pg. 6-10

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

Español: pg. 11-15



1901 Las Vegas Blvd. South Suite 107
Las Vegas, NV 89104
702-733-9938
www.culinaryhealthfund.org



facebook.com/culinaryhealthfund

TABLA DE **CONTENIDO...**

11

- **Servicios Preventivos**
- **Servicios en el Consultorio Médico**

12

- **Servicios en el Consultorio Médico (continuado)**
- **Recetas Médicas**
- **Terapia para Pacientes Ambulatorios**
- **Rehabilitación Cardíaca/Pulmonar**

13

- **Centro Quirúrgico Ambulatorio**
- **Servicios en un Centro Independiente**
- **Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios**

14

- **Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios (continuado)**
- **Ambulancia**
- **Sala de Emergencias en comparación a 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 \$6,350 por persona o \$12,700 por familia.						
Servicios Preventivos	Inmunizaciones para adultos (Apropiados para la edad) y menores (De nacimiento a 18 años)	Ningún copago	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	Llame a la Oficina de Servicios al Cliente al 702-733-9938 para averiguar de otros servicios que quizás tengan cobertura.
	Exámenes para Bebé Saludable (Recién nacidos a 21 años)					
	Chequeo Médico Preventivo					
	Asesoría Nutricional					
	Examen de Osteoporosis (Mujeres de 60 años o mayores)					
	Mamografía (Mujeres de 35 años o mayores)					
	Chequeo para Mujer Sana (Mujeres de 21 a 64 años de edad)					
	Colonoscopia y Sigmoidoscopia (Entre los 50-74 años de edad)					
Servicios en el Consultorio Médico	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				
	Servicios para pacientes hospitalizados	Ningún copago				
	Inyección	Ningún copago				
	Tratamiento Vía Intravenosa	\$7				
	Tratamiento Pulmonar	\$5/ procedimiento				
	Prueba Pulmonar	\$7				
	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.
	Centros Urgent Care (Cuidados Urgentes)	\$40	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después de dar su copago	Ningún máximo en el beneficio	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.
	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				
	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
Servicios en el Consultorio Médico (continuado)	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.
	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				
	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				
	Cirugía en el consultorio médico	\$7 por procedimiento				
	Estudios de Conducción Nerviosa	\$7				
	Todo otro procedimientos en consultorio	\$7 por procedimiento				
	Manejo de Diálisis	Ningún copago				
Recetas Médicas	Farmacia de la Culinaria (Sólo medicamentos genéricos)	Ningún copago	Ningún coseguro	100%	Ningún máximo en el beneficio	Consejo: Puede ahorrar dinero pidiéndole a su doctor un medicamento genérico. 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 Catamaran llamando al 1-866-611-5960.
	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 60-días.
Terapia Pacientes Ambulatorios	Terapia Física	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio para Terapia Física no quirúrgica	El paciente debe ser referido por su doctor.
					30 visitas por terapia para Terapia Física postquirúrgica	
	Terapia Ocupacional, y del habla	\$20	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos	30 visitas por terapia	Ninguna otra información.
Rehabilitación Cardíaca/ Pulmonar	Rehabilitación Cardíaca/Pulmonar	\$30	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	30 visitas por terapia	Ninguna otra información.

Tipo de Atención	Servicios	Copago por Consulta	Coseguro	El Plan Paga	Beneficio Máximo	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	Consejo: 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	Consejo: Desert Radiology es el único centro de radiología que puede utilizar.	
	Estudio CT, MRI, MRA	\$125					
	PET	\$175					
	Servicios de Radiología Intervencionista	\$150	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Ningún máximo en el beneficio	Algunos servicios requieren autorización previa (aprobación).	
	Diálisis	Ningún copago					
	Centro de Estudios del Sueño	\$125	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Ningún máximo en el beneficio		
	Rehabilitación Cardíaca/ Pulmonar	\$30	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	máximo de 30 visitas por año	Ninguna otra información.	
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). Consejo: Si su doctor lo envía a un hospital para hacerse estos estudios, pídale a su doctor que lo envíe a Desert Radiology o a CPL.	
	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					
	Diálisis	Ningún copago	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	30 visitas por terapia		
	Terapia Física, (después del alta de un hospital)	\$0					
	Terapia Ocupacional, y del Habla (después del alta de un hospital)	\$20					
	Rehabilitación Cardíaca/ Pulmonar (después delalta de un hospital)	\$40	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	máximo de 30 visitas por año		

Tipo de Atención	Servicios	Copago por Consulta	Coseguro	El Plan Paga	Beneficio Máximo	Otra Información
Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios (continuado)	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	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Ningún máximo en el beneficio	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				
	Observación de 23 hs	\$250	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Ningún máximo en el beneficio	
	Cirugía/Anestesia	Ningún copago	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos		
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 por 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	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos		
	Centro para Enfermos Terminales	Ningún copago	Ningún coseguro			
	Calzado para Diabéticos	\$55 por par	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	2 pares por año de calendario	
	Sostenes Postmastectomía	\$12 por prenda	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	\$350 por año de calendario	
	Productos para Diabéticos	Ningún copago	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	
	Aparatos Auditivos	Ningún copago	Ningún coseguro	\$300 cada 5 años	\$300 cada 5 años	
	Medias de Compresión	\$22 por par	Ningún coseguro	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).
	Plantillas Ortopédicas	\$10 por par	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	1 par o 2 plantillas cada 5 años	Deben ser recetados por un Médico PPO, Podiatra, Ortopedista o Proveedor Ortopédico.
	Equipo Médico Duradero y Suministros Médicos	Ningún copago	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	Ningún copago	25%	75% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	Prior Authorization (approval) is required.
	Anteojos y Lentes de Contacto	Ningún copago	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.



www.culinaryhealthfund.org
www.facebook.com/culinaryhealthfund