



CO-PAYMENT BOOK

English: pg. 3-10



LIBRO DE CO-PAGOS

Español: pg. 13-21



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

Created January 2016

TABLE OF CONTENTS...

4

- **Preventive Services**
- **Physician Office Services**

5

- **Physician Office Services** (continued)

6

- **Prescriptions**
- **Therapy at an Outpatient Free Standing Facility**
- **Ambulatory Surgery Center**
- **Free-Standing Facility Services**

7

- **Free-Standing Facility Services** (continued)
- **Outpatient Services in a Hospital**

8

- **Outpatient Services in a Hospital** (continued)
- **Ambulance**
- **Emergency Room vs. Urgent Care**
- **In-Network Hospital (in-patient)**

9

- **Mental Health & Addictions**
- **Breast Care at a Free-Standing Facility**
- **Other Services**

10

- **Other Services** (continued)

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 \$6,350 per person or \$12,700 per family. (Includes medical and prescription copays/excludes dental copays)						
Preventive Services	Immunizations for adults (Age appropriate) & children (Birth to 18 y/o)	\$0	No coinsurance	100% of allowable charges	No maximum benefit	<p>For a complete list of preventive services covered by the Affordable Care Act please visit http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations-by-date/</p> <p>You can also contact the Customer Service Office at 702-733-9938 if you have any questions.</p>
	Well Baby/Child Exams (Newborn through 21 y/o)					
	Annual Physical Exams					
	Nutritional Counseling					
	Osteoporosis Screening (Women 65 and older)					
	Mammography (Women 35 and older)					
	Women's well check (Women 21 to 64 y/o)					
	Colonoscopy & Sigmoidoscopy (Adults ages 50 through 74)					
Physician Office Services	Primary Doctor	\$15	No coinsurance	100% of allowable charges after copay	No maximum benefit	No other information.
	Specialist	\$30	No coinsurance	100% of allowable charges after copay	No maximum benefit	Needs a referral from primary care doctor.
	In-Patient Services	\$0	No coinsurance	100% of allowable charges	No maximum benefit	No other information.
	Injection					
	IV Treatment					
	Pulmonary Treatment					
	Pulmonary Test					
	Chiropractor	\$25	No coinsurance	100% of allowable charges after copay	No maximum benefit	Contact CACP at 702-365-5981 for Providers.
	Urgent Care	\$40	No coinsurance	100% of allowable charges after copay	No maximum benefit	No other information.
	X-Ray/Ultrasound	\$30	No coinsurance	100% of allowable charges after copay	No maximum benefit	Copay applies only in select physician offices.
	Radiology-PET/PET CT	\$225 per visit				

Type of Care	Services	Copay per Visit	Coinsurance	Plan Pays	Maximum Benefit	Other Information
Physician Office Services (continued)	Radiology-CT/MRA/MRI	\$125 per visit	No coinsurance	100% of allowable charges after copay	No maximum benefit	Copay applies only in select physician offices.
	Lab	\$0	No coinsurance	100% of allowable charges	No maximum benefit	No other information.
	Ophthalmologist/Optometrist (Vision Exam)	\$20	No coinsurance	100% of allowable charges after copay	No maximum benefit	Lenses and frames are covered under the vision category.
	Chemotherapy	\$0	No coinsurance	100% of allowable charges	No maximum benefit	Services need to be provided at Comprehensive Cancer Centers of Nevada.
	Radiation Therapy					
	Hearing & Speech Exam	\$0	No coinsurance	100% of allowable charges	No maximum benefit	No other information.
	Allergy Testing					
	Allergy Immunotherapy					
	Surgery in the physician's office					
	Nerve conduction studies					
	Dialysis Management					
	All other physician office procedures					
	Sleep Study performed in a doctor's office	\$125/ procedure	No coinsurance	100% of allowable charges after copay		

Type of Care	Services	Copay per Visit	Coinsurance	Plan Pays	Maximum Benefit	Other Information
Prescriptions	Culinary Pharmacy (Generic medications only)	\$0	No coinsurance	100%	No maximum benefit	Tip: you can save money by asking your doctor for a generic medication Contact the Culinary 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 Catamaran at 1-866-611-5960.
	Tier 2 Formulary	\$30				
	Tier 3 Non-Formulary	\$50				
	Specialty Drugs	\$0	25% of allowable charges	75% of allowable charges	No maximum benefit	Prior Authorization (approval) is required.
	Mail Order	\$10, \$20, or \$35	No coinsurance	100% after copay	No maximum benefit	With one copay, you can get a 60-day supply.
Therapy at an Outpatient Free Standing Facility (Not at a hospital)	Physical Therapy	\$0	No coinsurance	100% of allowable charges	No maximum benefit for non-surgical Physical Therapy 30 visits per event for post-surgical Physical Therapy	Patient must have a referral from a Physician.
	Occupational and Speech Therapy	\$20	No coinsurance	100% of allowable charges after copay	30 visits per therapy	
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	\$0	No coinsurance	100% of allowable charges	No maximum benefit	Tip: CPL is the only lab you can use.
	X-Ray/Ultrasound	\$20	No coinsurance	100% of allowable charges after copay	No maximum benefit	Tip: Desert Radiologists is the only free-standing radiology facility you can use.
	CT Scan, MRI, MRA	\$125				
	PET	\$175				

Type of Care	Services	Copay per Visit	Coinsurance	Plan Pays	Maximum Benefit	Other Information
Free-Standing Facility Services (Not at a hospital) (continued)	Interventional Radiology Services (procedures done under anesthesia that are image-based)	\$150	No coinsurance	100% of allowable charges after copay	No maximum benefit	Tip: Desert Radiologists is the only free-standing radiology facility you can use.
	Dialysis	\$0	No coinsurance	100% of allowable charges	No maximum benefit	Some services require prior authorization (approval).
	Sleep Study	\$125	No coinsurance	100% of allowable charges after copay		
	Cardiac/Pulmonary Rehabilitation	\$30	No coinsurance	100% of allowable charges after copay	30 visits annual limit	
	Mammogram	\$0	No coinsurance	100% of allowable charges	No maximum benefit	Tip: Desert Radiologists is the only free-standing radiology facility you can use.
	3D Mammogram	\$75	No coinsurance	100% of allowable charges after copay		
Outpatient Services in a Hospital	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 Desert Radiologists or CPL .
	X-Ray/Ultrasound	\$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 (procedures done under anesthesia that are image-based)	\$250				
	Dialysis	\$0	No coinsurance	100% of allowable charges	No maximum benefit	Some services require prior authorization (approval).
	Physical Therapy (after discharge from inpatient hospital admission)	\$30	No coinsurance	100% of allowable charges after copay	30 visits per event	
	Occupational & Speech Therapy (after discharge from inpatient hospital admission)	\$30	No coinsurance	100% of allowable charges after copay	maximum of 30 visits per therapy type	
	Cardio/Pulmonary Rehab (after discharge from inpatient hospital admission)	\$40	No coinsurance	100% of allowable charges after copay	30 visits annual limit	

Type of Care	Services	Copay per Visit	Coinsurance	Plan Pays	Maximum Benefit	Other Information
Outpatient Services in a Hospital (continued)	Outpatient Surgery	\$250	No coinsurance	100% of allowable charges after copay	No maximum benefit	Some services require prior authorization (approval).
	Diabetes Ed.	\$0	No coinsurance	100% of allowable charges		
	All other outpatient hospital services	\$0	25%	75% of allowable charges		
Ambulance	Ground	\$0	25%	75%	No maximum benefit	No other information.
	Air	\$500 per person per incident	No coinsurance	100% after copay		
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	No coinsurance	100% of allowable charges after copay	No maximum benefit	No other information.
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					
	Skilled Nursing Facility	\$250	No coinsurance	100% of allowable charges after copay	60 day maximum	
	Inpatient Rehabilitation					
	23 hr observation	\$250	No coinsurance	100% of allowable charges after copay	No maximum benefit	
	Surgery/Anesthesia	\$0	No coinsurance	100% of allowable charges		

Type of Care	Services	Copay per Visit	Coinsurance	Plan Pays	Maximum Benefit	Other Information
Mental Health and Addictions	Outpatient Therapy	No copay for the first 5 visits per issue/\$15 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				
	Residential Treatment					
	Partial Hospital Admission	\$150				
	Intensive Outpatient Program					
Breast Care at a Free-Standing Facility*	Preventive (annual mammogram)	\$0	No coinsurance	100% of allowable charges	No maximum benefit	Services must be performed at a PPO Provider only. Tip: Desert Radiologists is the only free-standing radiology facility you can use.
	Mammogram-Additional Views					
	Diagnostic Mammogram	\$20	No coinsurance	100% of allowable charges after copay	No maximum benefit	
	Breast Ultrasound	\$20				
	3D Mammogram	\$75				
	Breast MRI	\$125				
	Needle-guided breast biopsy under ultrasound	\$20				
	*Needle-guided breast biopsy under ultrasound when performed in a physician's office	\$30				
	Needle-guided breast biopsy under CT Scan	\$125				
	Other Services	Home Healthcare				
	Home Infusion Therapy	\$0	No coinsurance	100% of allowable charges	No maximum benefit	

Type of Care	Services	Copay per Visit	Coinsurance	Plan Pays	Maximum Benefit	Other Information
Other Services (continued)	Hospice	\$0	No coinsurance	100% of allowable charges	No maximum benefit	No other information
	Diabetic Shoes	\$55 per pair	No coinsurance	100% of allowable charges after copay	2 pair per calendar year	
	Mastectomy Bras	\$12 per item	No coinsurance	100% of allowable charges after copay	\$350 per calendar year	
	Diabetic Supplies	\$0	No coinsurance	100% of allowable charges	No maximum benefit	
	Hearing Aids	\$0	No coinsurance	\$300 every 5 years	\$300 every 5 years	
	Compression Stockings	\$22 per pair	No coinsurance	100% of allowable charges after copay	3 pair per calendar year	Custom-made compression stockings require prior authorization (approval).
	Orthotic Shoe Inserts	\$10 per pair	No coinsurance	100% of allowable charges after copay	1 pair or 2 inserts every 5 years	They must be prescribed by a PPO Physician, PPO Podiatrist, PPO Orthopedic Physician or a PPO Orthotic Provider.
	Durable Medical Equipment & Medical Supplies	\$0	10% of allowable charges	90% of allowable charges	No maximum benefit	Prior Authorization (approval) is required for items over \$500.
	Enteral Nutrition	\$0	10% of allowable charges for supplies, including but not limited to, pumps and tubing	90% of allowable charges for supplies, including but not limited to, pumps and tubing The Plan pays 100% for formula and medical food up to a maximum of \$3,000 per calendar year	For formula and medical food, there is a maximum of \$3,000 per calendar year	Prior Authorization (approval) is required
	Prosthetic & Orthotic Appliances	\$0	10% of allowable charges	90% of allowable charges	No maximum benefit	Prior Authorization (approval) is required.
	Glasses & Contact Lenses	\$0	No coinsurance	\$150 every two years	\$150 every two years	Your eye exam is covered under your Physician Office Services Benefit.
	Glasses following cataract surgery	\$0	No coinsurance	\$150	\$150 per lifetime	Tip: If you have surgery on both eyes, wait until both surgeries are performed before using this benefit.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

[illegible]

TABLA DE CONTENIDO...

14

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

15

- **Servicios en el Consultorio Médico** (continuado)

16

- **Recetas Médicas**
- **Terapia en una Instalación de Pacientes Ambulatorios**
- **Centro Quirúrgico Ambulatorio**
- **Servicios en un Centro Independiente**

17

- **Servicios en un Centro Independiente** (continuado)
- **Servicios Hospitalarios para Pacientes ambulatorios**

18

- **Servicios Hospitalarios para Pacientes ambulatorios** (continuado)
- **Ambulancia**
- **Sala de Emergencias en comparación a Urgent Care**

19

- **Hospital Dentro de la Red (de internados)**
- **Tratamiento para la Salud Mental y Adicciones**

20

- **Cuidado del Seno en un Centro Independiente**
- **Otros Servicios**

21

- **Otros Servicios** (continuado)

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. (Incluye copago médicos y de recetas/no incluye copagos dentales)						
Servicios Preventivos	Inmunizaciones para adultos (Apropiados para la edad) y menores (De nacimiento a 18 años)	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	Para una lista completa de los servicios preventivos cubiertos bajo la Ley de Cuidados de Salud Asequibles visite http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations-by-date/ También puede contactar a la Oficina de Servicios al Cliente al 702-733-9938 si tiene preguntas.
	Exámenes para Bebé/Niño Saludable (Recién nacidos a 21 años)					
	Chequeo Médico Preventivo Anual					
	Asesoría Nutricional					
	Examen de Osteoporosis (Mujeres de 65 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	\$15	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después de dar su copago	Ningún máximo en el beneficio	Ninguna otra información.
	Especialista	\$30	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después de dar su copago	Ningún máximo en el beneficio	Necesita un referido de su doctor primario.
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	Ninguna otra información.
	Inyección					
	Tratamiento Vía Intravenosa					
	Tratamiento Pulmonar					
	Prueba Pulmonar					
	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.

Tipo de Atención	Servicios	Copago por Consulta	Coseguro	El Plan Paga	Beneficio Máximo	Otra Información
Servicios en el Consultorio Médico (continuado)	Centros Urgent Care (Cuidados Urgentes)	\$40	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después de dar su copago	Ningún máximo en el beneficio	Ninguna otra información.
	Rayo-X/Ultrasonido	\$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 por visita				
	Radiología-CT/MRA/MRI	\$125 por visita				
	Laboratorio	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	Ninguna otra información.
	Oftalmólogo/ Optometrista (Examen de la Vista)	\$20	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	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	Estos servicios deben ser proporcionados en Comprehensive Cancer Centers of Nevada.
	Radioterapia					
	Examen auditivo y del habla	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	Ninguna otra información.
	Prueba de Alergias					
	Inmunoterapia para Alergias					
	Cirugía en el consultorio médico					
	Estudios de Conducción Nerviosa					
	Manejo de Dialisis					
	Todos los otros procedimientos en el consultorio					
	Estudios del sueño en el consultorio del doctor	\$125/por procedimiento	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago		

Tipo de Atención	Servicios	Copago por Consulta	Coseguro	El Plan Paga	Beneficio Máximo	Otra Información
Recetas Médicas	Farmacia de la Culinaria (Sólo medicamentos genéricos)	\$0	Ningún coseguro	100%	Ningún máximo en el beneficio	Consejo: Puede ahorrar dinero pidiéndole a su doctor un medicamento genérico. Contacte a la Farmacia 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				
	Medicamentos Especiales	\$0	25% de los cobros permitidos	75% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	Autorización Previa (aprobación) se requiere.
	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 en una Instalación de Pacientes Ambulatorios (No en un hospital)	Terapia Física	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio para Terapia Física no quirúrgica 30 visitas por terapia para Terapia Física postquirúrgica	El paciente debe ser referido por su doctor. Ninguna otra información.
	Terapia Ocupacional, y del habla	\$20	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	30 visitas por terapia	
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	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	Consejo: CPL es el único laboratorio que puede utilizar.
	Rayo-X/Ultrasonido	\$20	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Ningún máximo en el beneficio	Consejo: Desert Radiologists es el único centro independiente de radiología que puede utilizar.
	Estudio CT, MRI, MRA	\$125				
	PET	\$175				

Tipo de Atención	Servicios	Copago por Consulta	Coseguro	El Plan Paga	Beneficio Máximo	Otra Información
Servicios en un Centro Independiente (No en un hospital) (continuado)	Servicios de Radiología Intervencionista (procedimientos echos bajo anestesia que son a base de imágenes)	\$150	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Ningún máximo en el beneficio	Consejo: Desert Radiologists es el único centro independiente de radiología que puede utilizar.
	Diálisis	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	Algunos servicios requieren autorización previa (aprobación).
	Estudios del Sueño	\$125	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago		
	Rehabilitación Cardíaca/ Pulmonar	\$30	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	máximo de 30 visitas por año	Consejo: Desert Radiologists es el único centro independiente de radiología que puede utilizar.
	Mamografía	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	
	Mamografía 3D	\$75	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago		
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 Radiologists o a CPL.
	Rayo-X/Ultrasonido	\$45				
	Estudio MRI, MRA, CT	\$125				
	PET y combinación de PET/ CT	\$225				
	Los Servicios de Radiología Intervencionista y Radiología de Diagnóstico realizados solamente en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios (procedimientos echos bajo anestesia que son a base de imágenes)	\$250	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	Algunos servicios requieren autorización previa (aprobación).
	Diálisis	\$0				

Tipo de Atención	Servicios	Copago por Consulta	Coseguro	El Plan Paga	Beneficio Máximo	Otra Información
Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios (continuado)	Terapia Física, (después del alta de una admisión en el hospital)	\$30	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	30 visitas por evento	Algunos servicios requieren autorización previa (aprobación).
	Terapia Ocupacional, y del Habla (después del alta de una admisión en el hospital)	\$30	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	máximo de 30 visitas por tipo de terapia	
	Rehabilitación Cardíaca/Pulmonar (después del alta de una admisión en el hospital)	\$40	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	máximo de 30 visitas por año	
	Cirugía para Pacientes Ambulatorios	\$250	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Ningún máximo en el beneficio	
	Educación sobre la Diabetes	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos		
	Otros servicios hospitalarios para pacientes externos	\$0	25%	75% de los cobros permitidos		
Ambulancia	Por Tierra	\$0	25%	75%	Ningún máximo en el beneficio	Ninguna Otra Información.
	Aérea	\$500 por persona/ por incidente	Ningún coseguro	100% después del copago		
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	Ninguna otra información.

Tipo de Atención	Servicios	Copago por Consulta	Coseguro	El Plan Paga	Beneficio Máximo	Otra Información
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 hrs	\$250	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Ningún máximo en el beneficio	
	Cirugía/Anestesia	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos		
Tratamiento para la Salud Mental y Adicciones	Terapia para Pacientes Ambulatorios	Ningún copago por las primeras 5 visitas por cada tema/ después, un copago de \$15	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				
	Tratamiento en Centro Residencial					
	Internación Parcial en Hospital	\$150				
	Programa Intensivo para Pacientes Ambulatorios					

Tipo de Atención	Servicios	Copago por Consulta	Coseguro	El Plan Paga	Beneficio Máximo	Otra Información
Cuidado del Seno en un Centro Independiente	Preventivo (mamografía anual)	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	Los servicios deben ser realizados con un proveedor PPO solamente. Consejo: Desert Radiologists es el único centro independiente de radiología que puede utilizar.
	Vistas adicionales - Mamografía					
	Mamografía diagnóstica	\$20	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Ningún máximo en el beneficio	
	Ultrasonido del seno	\$20				
	Mamografía 3D	\$75				
	Resonancia Magnética del seno	\$125				
	Biopsia del seno guiada por aguja bajo un ultrasonido	\$20				
	*Biopsia del seno guiada por aguja bajo un ultrasonido cuando se hace en el consultorio del doctor	\$30				
	Biopsia del seno guiada por aguja bajo una tomografía	\$125				
Otros Servicios	Cuidado Domiciliario	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos	Beneficio máximo de 60 días por año de calendario	Ninguna otra información.
	Terapia de Infusión a Domicilio	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	
	Centro para Enfermos Terminales	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	
	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	

Tipo de Atención	Servicios	Copago por Consulta	Coseguro	El Plan Paga	Beneficio Máximo	Otra Información
Otros Servicios (continuado)	Productos para Diabéticos	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	Ninguna otra información.
	Aparatos Auditivos	\$0	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 PPO, Ortopedista PPO o Proveedor Ortopédico PPO.
	Equipo Médico Duradero y Suministros Médicos	\$0	10% de los cobros permitidos	90% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	Autorización Previa (aprobación) se requiere para artículos de más de \$500.
	Nutrición Enteral	\$0	10% de los cobros permitidos para suministros, incluyendo, pero no limitados a, bombas y tubos	90% de los cobros permitidos para suministros, incluyendo, pero no limitados a, bombas y tubos El Plan paga 100% de la fórmula y comida médica hasta un máximo de \$3,000 por año calendario	Para fórmula y comida médica hay un máximo de \$3,000 por año calendario	Autorización Previa (aprobación) se requiere.
	Aparatos Prostéticos y Ortopédicos	\$0	10% de los cobros permitidos	90% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	Se requiere autorización previa.
	Anteojos y Lentes de Contacto	\$0	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.
	Lentes después de una cirugía de cataratas	\$0	Ningún coseguro	\$150	\$150 por vida	Consejo: Si tiene cirugía en los dos ojos, espere a que haga la cirugía en los dos ojos antes de usar este beneficio.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.



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

www.culinaryhealthfund.org



facebook.com/culinaryhealthfund

