

Benefits at a Glance

Chicago Hotels
Plan 114A

This is an easy-to-read summary and does not include all benefits or services. If there is a conflict between this summary and your plan documents, then your plan documents are correct. *For more details about your benefits or to find out which treatments/services require prior authorization, please refer to your Summary Plan Description (SPD) or call us at (800) 419-4373.*



Effective 2/1/2017

Your POWER to Get Great Care at the Best Prices!

▶ With **AMITA Health** as our healthcare partner, you have access to more than 4,500 doctors throughout the Chicago area. Your copays are \$0 for primary care visits and \$10 for specialist visits, giving you **great care at the best prices.**

■ With Blue Cross Blue Shield's **Blue Choice network**, you have expanded access to 47 in-state hospitals and 16,000 doctors at fair prices.

When you travel outside Illinois or have a dependent living outside Illinois, the **Blue Card program** provides access to a national network of doctors, hospitals and other healthcare providers. Participants living in Illinois but outside the Blue Choice network may be able to access PPO network providers.

Questions?

UNITE HERE HEALTH Chicago Office
218 South Wabash Avenue, Suite 800
Chicago, IL 60604

(800) 419-HERE (4373)

(855) 386-3889 (TTY)

8:30 AM to 4:30 PM

www.uhh.org

UNITE HERE
HEALTH
Your Power.
With Local 1
& Local 450

Go with the Green!



MAJOR MEDICAL BENEFITS— What You Pay	AMITA Health Provider	Blue Choice (In Illinois) Blue Card (Out of State)	Non-Network
Office Visits			
Preventive Care	\$0	\$0	Not covered
Primary Care Provider Office Visits including all care provided during the office visit	\$0	\$10	Not covered
Specialist Care Office Visits	\$10	\$20	Not covered
Acupuncture Services up to 12 visits per person per calendar year	\$10	\$10	Not covered
Chiropractic Services up to 24 visits per person per calendar year	\$10	\$10	Not covered
Routine Podiatry to 4 visits per person per calendar year	\$10	\$10	Not covered
Podiatric Orthotics to \$500 per person every 24 months	\$0	\$0	Not covered
Diabetes Education	\$0	\$0	Not covered
Nutritional Counseling up to 4 visits per person per calendar year	\$0	\$0	Not covered
Emergency and Urgent Care			
Urgent Care Clinic	\$30	\$30	Not covered
Emergency Room Services (copay waived if admitted)	\$100	\$200	\$200
Ambulance Transportation to a hospital (copay waived if admitted)	\$50	\$50	\$50
Ambulance Transportation between hospitals	\$0	\$0	\$0
Lab & Imaging Services			
Laboratory Services	\$0 Non-hospital \$30 Hospital	\$0 Non-hospital \$30 Hospital	\$0 <i>ONLY services billed by an independent lab are covered</i>
Radiology x-ray, ultrasound, and fetal monitoring	\$0	\$10 Non-hospital \$50 Hospital	Not covered
Diagnostic Imaging, Cardiac Testing and Radiation Therapy	\$0	\$100 Non-hospital \$150 Hospital	Not covered
Sleep studies	\$50	\$50	Not covered
Outpatient Services			
Outpatient Surgery	\$0	\$100 Non-hospital \$200 Hospital	Not covered
Physical, Speech, and Occupational Therapy	\$0 Non-hospital \$30 Hospital	\$10 Non-hospital \$30 Hospital	Not covered
Infusion Medication, Chemotherapy and Kidney Dialysis	\$0 Non-hospital \$100 Hospital	\$0 Non-hospital \$100 Hospital	Not covered

The most you pay for certain covered network expenses is \$6,350 per person and \$12,700 per family each calendar year. Consult your SPD for more details.
The plan's benefit payments are based on allowable charges. You may be responsible for the difference between the plan's payment and the provider's billed charges when you use a non-network provider.

Go with the Green!



MAJOR MEDICAL BENEFITS— What You Pay	AMITA Health Provider	Blue Choice (In Illinois) Blue Card (Out of State)	Non-Network
Inpatient Services			
Hospitalization including all care provided during the hospitalization	\$150 per day (up to \$300 per admission)	\$250 per day (up to \$500 per admission)	\$250 per day (up to \$500 per admission) <i>ONLY emergency treatment is covered</i>
Skilled Nursing Facility Care up to 60 days per person per calendar year	\$50 per day (up to \$250 per admission)	\$100 per day (up to \$500 per admission)	Not Covered
Mental Health and Substance Abuse Treatment			
Office Visits including medical management visits	\$0	\$10	Not Covered
Hospitalization including all care provided during the hospitalization	\$150 per day (up to \$300 per admission)	\$250 per day (up to \$500 per admission)	\$250 per day (up to \$500 per admission) <i>ONLY emergency treatment is covered</i>
Partial Hospitalization, Intensive Outpatient Treatment, or Ambulatory Detoxification	\$0	\$0	\$0
Other Care and Expenses			
Home Healthcare up to 60 visits per person per calendar year	\$10	\$20	Not Covered
Hospice Care	\$0	\$0	Not Covered
Medical Equipment for Home Use; Artificial Limbs and Organs; All Other Covered Expenses <i>(After you spend \$2,500 in a calendar year, you pay nothing)</i>	20%	20%	Not Covered

Mandatory Pre-Certification

You must call Medical Cost Management (MCM) to pre-certify benefits before receiving any of the services listed below.

- Arthroscopy (knee)
- Blepharoplasty
- Cardiac Catheterization
- Carpal Tunnel Release
- Chemotherapy
- Cholecystectomy (laparoscopic)
- Clinical trials
- Coronary Angioplasty (percutaneous)
- Diagnostic Laparoscopy
- Diagnostic Imaging Procedures, such as:
 - CT Scan (Computed Tomography Scintiscan, also known as a CAT Scan/Computerized Axial Tomography Scintiscan)
 - CTA Scan (Computerized tomographic angiography)
 - DEXA Scan (densitometry, also known as a bone mineral density test)
 - MRA (Magnetic Resonance Angiography)
 - MRI (Magnetic Resonance Imaging)
 - PET-Scan (Positron Emission Tomography Scintiscan) and PET-CT
- Durable Medical Equipment, including breast pumps, over \$500
- Genetic Testing
- Habilitative Therapy
- Home Healthcare
- Hospice
- Hyperbolic Oxygen Therapy
- Hysterectomy (vaginal, laparoscopic)
- Le Fort Osteotomy
- Mammoplasty (reduction)
- Medical Foods
- Myelogram
- Nuclear Medicine Procedures
- Orthotics or prosthetics over \$500
- Percutaneous Discectomy
- Physical Therapy, Speech Therapy, and Occupational Therapy, after 10 visits
- Rhinoplasty, Septoplasty, and Submucous Resection
- Sleep Studies
- Stem Cell Transplant
- Surgical Treatment of Obesity
- Travel and Lodging
- Uvulopalatopharyngoplasty
- Varicose Vein Procedures

The list of outpatient services and supplies that must be precertified changes from time to time. Contact the Chicago office with questions.

PRESCRIPTION DRUG BENEFITS—What You Pay <i>True Choice Network Pharmacies or Mail Order Only (CVS not included)</i>	Your Cost per Prescription
Certain Preventive Drugs/Supplies and Drugs on the ChroniCare Select Drug List	\$0
Drugs and supplies based on the Smart Formulary when you visit the Presence Resurrection Medical Center Free Pharmacy (Effective 6/1/2018)	\$0
Generic Drugs	\$5
Brand Name Drugs on the Formulary	\$15
Brand Name Drugs NOT on the Formulary	\$30
Specialty Brand and Biosimilar Drugs	25% (\$30 maximum copay)

DENTAL BENEFITS—What You Pay <i>Only available if your employer's CBA requires contributions for dental</i>	Cigna DPPO Advantage Network Providers	Cigna DPPO Providers and Non-Network Providers
Calendar Year Deductible applies to some non-orthodontic services	\$50 per person / \$150 per family	\$50 per person / \$150 per family
Calendar Year Maximum does not apply to exams for persons under age 19	\$2,000	\$1,000
Routine/Preventative Care	0%	83%
Basic Restorative Care	0% after deductible	89% after deductible
Major Restorative Care	15% after deductible	91% after deductible
Orthodontia \$5,000 lifetime maximum for orthodontic services	50%	Not Covered

VISION CARE BENEFIT—What the Plan Pays	
Maximum benefit: one vision exam and one pair of eyeglass lenses covered per person per calendar year	\$250 every 24 months beginning January 1 of every odd numbered year Dollar limit does not apply to exams and eyeglass lenses for children under age 19

SHORT-TERM DISABILITY BENEFIT <i>Non-work related injuries or illnesses only</i>	
Weekly Benefit (Benefits begin 1st day due to injury, 8th day due to sickness; 15-week maximum for any one period of disability)	\$225

LIFE AND ACCIDENTAL DEATH BENEFIT	
Life Insurance	\$10,000
Accidental Death	Additional \$5,000

IMPORTANT PHONE NUMBERS	
Find an AMITA Health provider or hospital	(877) 737-INFO (4636) • uhh.org/chicago-power
Find a network provider or hospital • For care provided in Illinois, the network is <i>Blue Choice</i> • For care provided outside Illinois, the network is <i>Blue Card</i>	(800) 810-BLUE (2583) • uhh.org/chicago-power
Call if you're hospitalized	(800) 367-9938 <i>Call Medical Cost Management (MCM) for hospital transfers, available 24/7</i>
Find a True Choice network pharmacy , enroll in the Mail Order pharmacy program, or get specialty drugs through Walgreens Specialty Mail Order Pharmacy	(844) 813-3860 • www.hospitalityrx.org <i>Hospitality Rx</i>
Find a network dentist	(800) 244-6224 Cigna
Pre-certify benefits (see list inside)	(800) 367-9938 Medical Cost Management

Beneficios a simple vista

Hoteles de Chicago
Plan 114A

Este es un resumen fácil de leer y no incluye todos los beneficios o servicios. Si hay un conflicto entre este resumen y los documentos de su plan, entonces los documentos de su plan son correctos. *Para obtener más detalles sobre los beneficios o para averiguar qué tratamientos/servicios requieren autorización previa, consulte su Descripción resumida del plan (SPD) o llámenos al (800) 419-4373.*



A partir del 2/1/2017

¡Su poder para obtener atención de calidad al mejor precio!

▶ Con **AMITA Health** como nuestro socio de atención médica, usted tiene acceso a más de 4,500 médicos en toda el área de Chicago. Su copago es de \$0 para visitas al médico de atención primaria y de \$10 para visitas a especialistas, le brindamos **gran atención al mejor precio.**

■ Con la **red BlueChoice**, usted tiene acceso extendido a 47 hospitales estatales y 16.000 médicos que ofrecen servicios a un precio justo.

Al viajar fuera de Illinois o al tener un dependiente fuera de Illinois, el **Blue Card program** proporciona acceso a una red nacional de médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica. Los participantes que viven en Illinois, pero fuera de la red Blue Choice puede que tengan acceso a la red proveedores PPO.

¿Tiene alguna pregunta?

UNITE HERE HEALTH Chicago Office
218 South Wabash Avenue, Suite 800
Chicago, IL 60604

(800) 419-HERE (4373)

(855) 386-3889 (TTY)

8:30 AM a 4:30 PM

www.uhh.org

UNITE HERE HEALTH
Su poder.

¡Elija la opción verde!



BENEFICIOS MÉDICOS MAYORES— Lo que usted paga	Proveedor de Presence Health	Blue Choice (En Illinois) Blue Card (fuera del estado)	Fuera de la red
Visitas al consultorio			
Cuidados preventivos	\$0	\$0	No se cubre
Visitas al consultorio de proveedores de atención primaria incluye todos los cuidados brindados durante la visita al consultorio	\$0	\$10	No se cubre
Visita al consultorio de especialistas	\$10	\$20	No se cubre
Servicios de acupuntura hasta 12 visitas por persona por año calendario	\$10	\$10	No se cubre
Servicios quiroprácticos hasta 24 visitas por persona por año calendario	\$10	\$10	No se cubre
Cuidados podiátricos de rutina hasta 4 visitas por persona por año calendario	\$10	\$10	No se cubre
Ortesis podiátrica hasta \$500 por persona cada 24 meses	\$0	\$0	No se cubre
Educación sobre diabetes	\$0	\$0	No se cubre
Asesoramiento nutricional hasta 4 visitas por persona por año calendario	\$0	\$0	No se cubre
Cuidados urgentes o de emergencia			
Clínica de cuidados urgentes	\$30	\$30	No se cubre
Servicios de sala de emergencias (el copago no se aplica si deriva en internación)	\$100	\$200	\$200
Transporte en ambulancia a un hospital (el copago no se aplica si deriva en internación)	\$50	\$50	\$50
Transporte en ambulancia entre hospitales	\$0	\$0	\$0
Servicios de laboratorio e imágenes			
Servicios de laboratorio	\$0 fuera del hospital \$30 en el hospital	\$0 fuera del hospital \$30 en el hospital	\$0 <i>SOLAMENTE se cubren los servicios facturados por un laboratorio independiente</i>
Radiología radiografías, ecografías y monitorización fetal	\$0	\$10 fuera del hospital \$50 en el hospital	No se cubre
Diagnóstico por imágenes, estudios cardiológicos y radioterapia	\$0	\$100 fuera del hospital \$150 en el hospital	No se cubre
Estudios del sueño	\$50	\$50	No se cubre
Servicios ambulatorios			
Cirugía ambulatoria	\$0	\$100 fuera del hospital \$200 en el hospital	No se cubre
Terapia física, ocupacional y del habla	\$0 fuera del hospital \$30 en el hospital	\$10 fuera del hospital \$30 en el hospital	No se cubre
Infusión de medicamentos, quimioterapia y diálisis renal	\$0 fuera del hospital \$100 en el hospital	\$0 fuera del hospital \$100 en el hospital	No se cubre

Lo máximo que usted paga por ciertos gastos cubiertos dentro de la red es \$6,350 por persona y \$12,700 por familia por año calendario. Consulte la SPD para más información. Los pagos de beneficios del plan se basan en los cargos permitidos. Usted podría ser responsable de la diferencia entre el pago del plan y los cargos facturados por el proveedor cuando utilice proveedores fuera de la red.

[Más información sobre beneficios en el reverso](#)

¡Elija la opción verde!



BENEFICIOS MÉDICOS MAYORES— Lo que usted paga	Proveedor de Presence Health	Blue Choice (En Illinois) Blue Card (fuera del estado)	Fuera de la red
Servicios con hospitalización			
Hospitalización incluye todos los cuidados brindados durante la hospitalización	\$150 por día (hasta \$300 por admisión)	\$250 por día (hasta \$500 por admisión)	\$250 por día (hasta \$500 por admisión) SÓLO se cubren tratamientos de emergencia
Centro de cuidados especializados hasta 60 días por persona por año calendario	\$50 por día (hasta \$250 por admisión)	\$100 por día (hasta \$500 por admisión)	No se cubre
Tratamiento de salud mental y por abuso de sustancias			
Visitas al consultorio incluyendo visitas de administración médica	\$0	\$10	No se cubre
Hospitalización incluye todos los cuidados brindados durante la hospitalización	\$150 por día (hasta \$300 por admisión)	\$250 por día (hasta \$500 por admisión)	\$250 por día (hasta \$500 por admisión) SÓLO se cubren tratamientos de emergencia
Hospitalización parcial, tratamiento ambulatorio intensivo o desintoxicación ambulatoria	\$10 por día	\$20 por día	\$0
Otros cuidados y costos			
Servicios de cuidados domiciliarios hasta 60 visitas por persona por año calendario	\$10	\$20	No se cubre
Cuidados de hospicio	\$0	\$0	No se cubre
Equipos médicos para uso en el hogar, prótesis de miembros artificiales y órganos, todos los demás gastos cubiertos (Una vez que alcanza los \$2,500 en un año calendario, no paga nada)	20%	20%	No se cubre

Precertificación obligatoria

Debe llamar a Medical Cost Management (MCM) para precertificar los beneficios antes de recibir cualquiera de los servicios que figuran a continuación.

- Artroscopía (rodilla)
- Blefaroplastia
- Cateterización cardíaca
- Liberación del túnel carpiano
- Quimioterapia
- Colectectomía (laparoscopia)
- Ensayos clínicos
- Angioplastia coronaria (percutánea)
- Laparoscopia de diagnóstico
- Procedimientos de diagnóstico por imágenes, tales como:
 - TC (Tomografía Computada, también conocida como TAC – Tomografía Axial Computada)
 - ATC (angiografía por tomografía computadorizada)
 - Examen DEXA (densitometría, también conocida como examen de densidad mineral ósea)
 - ARM (Angiografía por Resonancia Magnética)
 - IRM (Imagen por Resonancia Magnética)
 - Examen TEP (Tomografía por Emisión de Positrones) y TEP-TC
- Equipos médicos duraderos, incluyendo extractores de leche, que supere \$500
- Análisis genéticos
- Terapia habilitativa
- Servicios de cuidados domiciliarios

- Cuidados de hospicio
- Oxigenoterapia hiperbárica
- Histerectomía (vaginal, laparoscópica)
- Ortopedia o prótesis arriba de \$500
- Osteotomía Le Fort
- Mamoplastia (reducción)
- Comida medicinal
- Mielograma
- Procedimientos de medicina nuclear
- Discectomía percutánea
- Terapia física, ocupacional y del habla después de 10 visitas
- Rinoplastia, septoplastia y resección submucosa
- Estudios del sueño
- Transplante de células madres
- Tratamiento quirúrgico de la obesidad
- Viajes y alojamiento
- Uvulopalatofaringoplastia
- Procedimientos para venas varicosas

La lista de los servicios y suministros ambulatorios que se deben precertificar se puede modificar periódicamente. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la Oficina de Chicago.

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS DE VENTA BAJO RECETA—Lo que usted paga <i>Solamente Red de Farmacias True Choice o venta por correo (no incluye CVS)</i>	Su costo por receta
Ciertas prescripciones preventivas/suministros y medicamentos en la lista de ChroniCare Select Drug	\$0
Medicamentos y suministros basados en el Formulario Inteligente cuando usted visita la Farmacia Gratuita de Presence Resurrection Medical Center (Efectivo 1/6/2018)	\$0
Medicamentos genéricos	\$5
Medicamentos no genéricos que figuran en el formulario	\$15
Medicamentos no genéricos que NO figuran en el formulario	\$30
Medicamentos de especialidad de marca y biosimilares	25% (\$30 máximo de copago)

BENEFICIOS DENTALES—Lo que usted paga <i>Sólo está disponible si el CBA de su empleador solicita contribuciones para dental</i>	Proveedores de la red Cigna DPPO Advantage	Cigna DPPO Proveedores y Proveedores fuera de la red
Deducible por año calendario se aplica sobre algunos servicios que no son de ortodoncia	\$50 por persona; \$150 por familia	\$50 por persona; \$150 por familia
Máximo por año calendario no se aplica a exámenes realizados a menores de 19 años	\$2,000	\$1,000
Cuidados de rutina/preventivos	0%	83%
Cuidados restaurativos básicos	0% después del deducible	89% después del deducible
Cuidados restaurativos mayores	15% después del deducible	91% después del deducible
Ortodoncia \$5,000 máximo de por vida por servicios de ortodoncia	50%	No se cubre

BENEFICIOS DE CUIDADOS DE LA VISIÓN—Lo que el Plan paga	
Beneficio máximo: un examen de visión de rutina y un par de anteojos cubiertos por persona por año calendario	\$250 disponibles cada 24 meses, a partir del 1 de enero de todos los años impares El monto límite no se aplica a exámenes y anteojos para niños menores de 19 años

BENEFICIOS DE INCAPACIDAD TEMPORARIA <i>Solamente lesiones o enfermedades no relacionadas con el trabajo</i>	
Beneficio semanal (los beneficios comienzan a partir del 1er día debido a lesiones, 8vo día debido a enfermedades; máximo de 15 semanas por cualquier período de incapacidad)	\$225

BENEFICIOS DE SEGURO DE VIDA Y MUERTE ACCIDENTAL	
Seguro de vida	\$10,000
Muerte accidental	Adicional \$5,000

NÚMEROS TELEFÓNICOS IMPORTANTES	
Encuentre un proveedor o un hospital de AMITA Health	(877) 737-INFO (4636) • uhh.org/chicago-power
Encuentre un proveedor o un hospital de la red • Para recibir atención en Illinois, la red es BlueChoice • Para recibir atención fuera de Illinois, la red es BlueCard	(800) 810-BLUE (2583) • uhh.org/chicago-power
Llame si se encuentra hospitalizado	(800) 367-9938 <i>Llame a Medical Cost Management (MCM) para transferencias al hospital, disponible 24/7</i>
Encuentre una farmacia True Choice de la red, inscríbese en el programa de farmacia de pedidos por correo , u obtenga medicamentos especializados a través de Walgreens Specialty Mail Order Pharmacy	(844) 813-3860 • www.hospitalityrx.org <i>Hospitality Rx</i>
Encuentre un dentista de la red	(800) 244-6224 Cigna
Beneficios de precertificación (ver la lista que figura en el interior)	(800) 367-9938 Medical Cost Management (MCM)