

Benefits at a Glance



Protect what's ours!

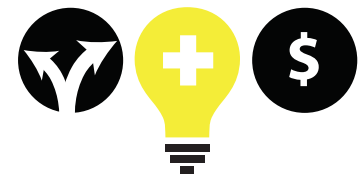
Plan 105
Class I and Class II

MAKE SMART CHOICES!

1

Stay in network

- No deductibles
- Inside NJ—use Horizon Direct Access
- Outside NJ—use BlueCard PPO



2

Use copays to get the right care at the right price

- No more surprise bills—know your exact costs right away

3

Know when to use a hospital

- Visit your doctor's office or urgent care center whenever possible
- Hospitals charge up to 10x more for services your doctor can do
- BEWARE of using the ER for non-emergencies (*if you do, you'll pay the copay + **half** the cost*)

This document is an easy-to-read summary and does not include all benefits. If you want more details about your benefits or want to find out which treatments/services require prior authorization, please refer to your Summary Plan Description (SPD) or call UNITE HERE HEALTH.

Medical Benefits—Class I and II

Effective 1/1/2019

MEDICAL	Inside NJ— Horizon Direct Access Outside NJ— BlueCard PPO Mental health/substance abuse— Optum	
Class I		
Out-of-Pocket Spending Limit— Per person per calendar year <i>From network providers</i>	\$5,000/individual; \$10,000/family	
Class II		
Out-of-Pocket Spending Limit— Per person per calendar year <i>From network providers</i>	\$6,600/individual; \$13,200/family	
What You Pay...	Network Providers	
Office Visits	Class I	Class II
Primary Care Provider (PCP)	\$20	\$20
Preventive Healthcare Services <i>Subject to certain limitations</i>	\$0	\$0
Primary Care Services at Designated Medical Groups	\$0	\$0
Covered Services provided by the Union Health Center	\$0	\$0
Mental Health/Substance Abuse Visits (through Optum)— <i>Including virtual visits</i>	\$20	\$20
Employee Assistance Program (EAP) Services (through Optum)— <i>Per person per calendar year</i>	Unlimited phone sessions; limit of 5 in- person sessions	Unlimited phone sessions; limit of 5 in- person sessions
Specialist Visits	\$30	\$30
Doctor on Demand (telehealth)	\$20	\$20
Allergy Injections	\$0	\$0
Inpatient Treatment (facility fees)	Class I	Class II
Inpatient Hospitalizations, including residential treatment	\$50 per day	Plan pays up to \$2,500 per admission
Skilled Nursing Facility	\$0 per day	Plan pays up to \$2,500 per admission
Emergency Care Services	Class I	Class II
Urgent Care Center	\$50 per visit	\$50 per visit
Emergency Room Services for Emergencies	\$200 per visit	\$200 per visit; Plan pays up to \$900 per visit
Emergency Room Services for Non-Emergencies	50% after \$200 copay per visit	50% after \$200 copay per visit; Plan pays up to \$900 per visit
Professional Ambulance Transportation	\$100 per trip	\$150 per trip

Outpatient Services	Class I	Class II
Outpatient Surgery at a:	See <i>Office Visits</i> above	See <i>Office Visits</i> above
• Office		
• Ambulatory Surgical Center	\$30	\$100; plan pays up to \$900 per visit
• Hospital	\$75	
Physical, Speech, and Occupational Therapy	\$30	\$30
Acupuncture; Chiropractic Care <i>24-visit maximum/person/ calendar year</i>	\$20	\$20
Routine Podiatry <i>4-visit maximum/person/ calendar year</i>	\$30	\$30
Laboratory Services		
• Non-hospital	\$20	\$20
• Hospital	\$40	\$40
Radiology (X-ray, Ultrasound)		
• Non-hospital	\$30	\$30
• Hospital	\$75	\$75
Diagnostic Imaging (<i>CAT/CT, MRI, PET scans, etc.</i>) and Cardiac Testing		
• Non-hospital	\$50	\$50
• Hospital	\$100	\$100
Kidney Dialysis	\$0	\$0
Hospice Services	\$0	\$0
Chemotherapy/Infusion Therapy:		
• Home	\$0	\$0
• Office or infusion center	\$30	\$30
• Hospital	\$75	\$75
Radiation Therapy	\$30	\$30
Diabetes Education	\$0	\$0
Nutrition Counseling <i>4-visit maximum/person/ calendar year</i>	\$0	\$0
Habilitative Therapy for Autism Spectrum Disorder <i>Subject to certain limitations</i>	\$20 per day	\$20 per day

ABOUT YOUR COVERAGE

The plan provides two levels of benefits—**Class I** and **Class II**—each determined by the days/hours of work you are credited with during a work period.

Coverage for your dependents is available at no cost to you.

Medical Benefits—Class I and II (continued)

Other Care and Expenses	Class I	Class II
Durable Medical Equipment	20%	Not covered
Prosthetics and Orthotics	20%	Not covered
Podiatric Orthotics <i>Per person per calendar year</i>	Up to \$500	Not covered
Home Healthcare Services	\$0	\$0
Medical Foods for Inborn Errors of Metabolism	The Plan reimburses 100% of your expenses	Not covered
Travel and Lodging <i>Subject to certain limitations</i>	The Plan reimburses your expenses up to \$10,000 per episode of care, including a per diem of up to \$250 for lodging and meals	Not covered
Healthcare Professional Services	\$0	\$0

Intensive outpatient, partial hospitalization, and ambulatory detoxification (through Optum)	\$0	\$0
All Other Covered Expenses	20% after deductible	Not covered
Non-Network Coverage		
Class I	\$400/individual and \$1,000/family (no deductible when you stay in network)	
Non-Network Calendar Year Deductible		
Non-Network Services	50% after deductible	
Non-Network Services <i>that are NOT covered</i>	Preventive healthcare, chiropractic care, acupuncture, routine podiatry, skilled nursing facility, diabetes education, nutrition counseling, durable medical equipment, podiatric orthotics, and sleep studies	
Class II	NOT covered, except ambulance transportation and ER services for emergencies	
Non-Network Services		

Additional Benefits—Class I

FORMULARY PRESCRIPTION DRUG BENEFITS	Network Pharmacies
	What You Pay Per Prescription
Preventive Healthcare Services Drugs	\$0
Generic Drugs	\$10 copay
Preferred Brand Name Drugs	\$20 copay
Non-preferred Brand Name Drugs	\$50 copay
Specialty and Biosimilar Drugs	Generic: \$1 copay; Brand: 25% coinsurance
Non-formulary Prescription Drugs and Supplies	Not covered
Pharmacy Out-of-Pocket Limits	Once you pay \$1,600/person or \$3,200/family, the Plan will pay 100% of certain covered prescription drug expenses for the remainder of that calendar year.
Network Pharmacies	Non-Network Pharmacies
CVS, Eckerd, Kmart, and certain independent local pharmacies	Rite Aid, Walgreens, Duane Reade, and certain independent local pharmacies
<p>Mail order prescription drug service is only available through WellDyneRx: (844) 813-3860.</p> <p>Specialty drugs must be obtained through Diplomat Specialty. Call (844) 857-5772 for more information.</p>	

DENTAL	EmblemHealth Dental Providers	
What the Plan Pays	Network	Non-Network
Preventive and Diagnostic, including fillings	100%	You pay the difference between Plan payment and billed charge
Basic Restorative	80%	
Major Restorative	50%	
Non-orthodontic Benefit Maximum, combined network/non-network	\$1,500; includes \$1,000 non-network maximum	
Orthodontic Benefit Lifetime Maximum <i>Children up to age 19 only</i>	100% up to \$500	No orthodontia benefits
VISION	Davis Vision Network Providers	
What the Plan Pays	Network	Non-Network
Services and Supplies <i>Available every 24 months</i>	100% of contracted fees (\$100 maximum for contacts/exams)	Out of service area only (\$100 maximum every 24 months)
HEARING	What the Plan Pays	
Hearing Aids Only (prescribed by a licensed hearing professional)	\$500 every 24 months	
LIFE INSURANCE	\$10,000 plan payment	
ACCIDENTAL DEATH & DISMEMBERMENT	\$5,000 plan payment	

Additional Benefits—Class II

FORMULARY PRESCRIPTION DRUG BENEFITS	No prescription drug benefits, except for preventive healthcare drugs
---	---

DENTAL	EmblemHealth Dental Providers	
<i>What the Plan Pays</i>	Network	Non-Network
Preventive and Diagnostic, including fillings	100%	You pay the difference between Plan payment and billed charge
Basic Restorative	80%	
Major Restorative	50%	
Non-orthodontic Benefit Maximum, combined network/non-network	\$1,500; includes \$1,000 non-network maximum	
Orthodontic Benefit Lifetime Maximum <i>Children up to age 19 only</i>	100% up to \$500	No orthodontia benefits

VISION	Davis Vision Network Providers	
<i>What the Plan Pays</i>	Network	Non-Network
Services and Supplies <i>Available every 24 months</i>	100% of contracted fees (\$100 maximum for contacts/exams)	Out of service area only (\$100 maximum every 24 months)
LIFE INSURANCE	\$6,000 plan payment	
ACCIDENTAL DEATH & DISMEMBERMENT	\$3,000 plan payment	



Important Contacts
Fund Office — Find a PCP/ask about benefits (866) 261-5676 • uhh.org
Horizon BCBS — Find a network doctor (800) 810-2583 ; Get prior authorization for certain services (866) 899-0626 • horizonblue.com
eviCore — Get prior authorization for diagnostic imaging (CAT/CT, CTA, Cardiac CT, MRI, MRA, PET scans, Nuclear Medicine, Cardiac Catheterization, & Echocardiograms) and cardiac testing (866) 496-6200
Optum — Find a mental health/substance abuse provider, get prior authorization for certain services, and use EAP services (866) 248-4094
Hospitality Rx — Find a network pharmacy (844) 813-3860 • hospitalityrx.org
EmblemHealth — Find a network dentist (800) 624-2414 • emblemhealth.com
Davis Vision — Find a network vision provider (800) 999-5431 • davisvision.com



¡Proteja lo que es nuestro!

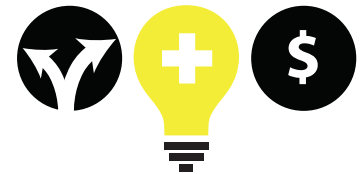
Plan 105
Class I y Class II

¡TOME DECISIONES INTELIGENTES!

1

Permanezca dentro de la red

- Sin deducibles
- Dentro de NJ—utilice Horizon Direct Access
- Fuera de NJ—utilice BlueCard PPO



2

Utilice copagos para obtener la atención adecuada al precio adecuado

- No más facturas sorpresa—conozca sus costos exactos de inmediato

3

Sepa cuándo usar un hospital

- Visite el consultorio de su médico o centro de atención de urgencias siempre que sea posible
- Los hospitales cobran hasta 10 veces más por los servicios que su médico puede darle
- **TENGA CUIDADO** de usar el ER cuando **NO** es una emergencia (*si lo hace, pagará el copago + la mitad del costo*)

Este documento es un resumen fácil de leer y no incluye todos los beneficios. Si desea obtener más detalles sobre sus beneficios o desea averiguar qué tratamientos o servicios requieren autorización previa, por favor consulte su Descripción Resumida del Plan (SPD por sus iniciales en inglés) o llame a UNITE HERE HEALTH.

MÉDICO	Dentro de NJ—Horizon Direct Access; Fuera de NJ—BlueCard PPO; Salud mental/abuso de sustancias—Optum	
Class I		
Límite de gastos fuera de su bolsillo— Por persona por año calendario <i>De los proveedores dentro de la red</i>	\$5,000/individual; \$10,000/familia	
Class II		
Límite de gastos fuera de su bolsillo— Por persona por año calendario <i>De los proveedores dentro de la red</i>	\$6,600/individual; \$13,200/familia	
Lo Que Usted Paga...	Proveedores Dentro de la Red	
Visitas al Consultorio	Class I	Class II
Proveedor de Atención Primaria (PCP)	\$20	\$20
Servicios Médicos Preventivos <i>Sujeto a ciertas limitaciones</i>	\$0	\$0
Servicios de Atención Primaria en Grupos Médicos Designados	\$0	\$0
Servicios Cubiertos proporcionados por el Union Health Center	\$0	\$0
Visitas de Salud Mental/Abuso de Sustancias (a través de Optum)— <i>Incluyendo visitas virtuales</i>	\$20	\$20
Servicios del Programa de Asistencia al Empleado (EAP) (a través de Optum)— <i>Por persona por año calendario</i>	Sesiones telefónicas ilimitadas; límite de 5 sesiones en persona	Sesiones telefónicas ilimitadas; límite de 5 sesiones en persona
Visitas al Especialista	\$30	\$30
Doctor on Demand (telesalud)	\$20	\$20
Inyecciones para Alergias	\$0	\$0
Tratamiento de Hospitalización (cargos de las instalaciones)	Class I	Class II
Hospitalización de un Paciente, incluyendo tratamiento residencial	\$50 por día	El Plan paga hasta \$2,500 por admisión
Centro de Enfermería Especializada	\$0 por día	El Plan paga hasta \$2,500 por admisión
Servicios de Atención de Emergencias	Class I	Class II
Centro de Atención de Urgencias	\$50 por visita	\$50 por visita
Servicios de la Sala de Emergencias por Emergencias	\$200 por visita	\$200 por visita; el Plan paga hasta \$900 por visita
Servicios de la Sala de Emergencias por No Emergencias	50% después de \$200 de copago por visita	50% después de \$200 de copago por visita; el Plan paga hasta \$900 por visita
Transporte de Ambulancia Profesional	\$100 por viaje	\$150 por viaje

Servicios Ambulatorios	Class I	Class II
Cirugía ambulatoria en un: <ul style="list-style-type: none"> • Consultorio 	Vea arriba <i>Visitas al Consultorio</i>	Vea arriba <i>Visitas al Consultorio</i>
• Centro Quirúrgico Ambulatorio	\$30	\$100; el Plan paga hasta \$900 por visita
• Hospital	\$75	
Terapia Física, del Habla y Ocupacional	\$30	\$30
Acupuntura; Cuidado Quiropráctico <i>24-visitas máximo/persona/año calendario</i>	\$20	\$20
Podiatría de Rutina <i>4-visitas máximo/persona/año calendario</i>	\$30	\$30
Servicios de Laboratorio <ul style="list-style-type: none"> • No Hospitalarios 	\$20	\$20
• Hospital	\$40	\$40
Radiología (Radiografía, Ultrasonido) <ul style="list-style-type: none"> • No Hospitalarios 	\$30	\$30
• Hospital	\$75	\$75
Diagnóstico por Imagen (CAT/CT, MRI, escáner TEP, etc.) y Pruebas Cardíacas <ul style="list-style-type: none"> • No Hospitalarios 	\$50	\$50
• Hospital	\$100	\$100
Diálisis Renal	\$0	\$0
Servicios de Hospicio	\$0	\$0
Quimioterapia/Terapia de Infusión: <ul style="list-style-type: none"> • En el Hogar 	\$0	\$0
• Consultorio o centro de infusión	\$30	\$30
• Hospital	\$75	\$75
Terapia de Radiación	\$30	\$30
Educación sobre la Diabetes	\$0	\$0
Asesoría Nutricional <i>4-visitas máximo/persona/año calendario</i>	\$0	\$0
Terapia de Habilitación para el Trastorno del Espectro Autista <i>Sujeto a ciertas limitaciones</i>	\$20 por día	\$20 por día

ACERCA DE SU COBERTURA

El plan proporciona dos niveles de beneficios— **Class I** y **Class II**—cada uno determinado por los días/horas de trabajo que se le acreditan durante un período de trabajo.

La cobertura para sus dependientes está disponible sin costo para usted.

Beneficios Médicos—Class I y II (continuación)

Otros Cuidados y Gastos	Class I	Class II
Equipo Médico Duradero	20%	No tiene cobertura
Prótesis y Ortopedia	20%	No tiene cobertura
Ortopedia Podiátrica <i>Por persona por año calendario</i>	Hasta \$500	No tiene cobertura
Servicios del Cuidado de la Salud en el Hogar	\$0	\$0
Alimentos Médicos para Error Congénito del Metabolismo	El Plan reembolsa el 100% de sus gastos	No tiene cobertura
Viajes y Alojamiento <i>Sujeto a ciertas limitaciones</i>	El Plan reembolsa sus gastos de hasta \$10,000 por episodio de cuidado, incluyendo hasta \$250 por día (per diem) por alojamiento y comidas	No tiene cobertura
Servicios Profesionales de la Salud	\$0	\$0

Tratamiento Ambulatorio Intensivo, Hospitalización Parcial y Desintoxicación Ambulatoria (a través de Optum)	\$0	\$0
Todos los Demás Gastos Cubiertos	20% después del deducible	No tiene cobertura
Cobertura Fuera de la Red		
Class I		
Deducible por Año Calendario Fuera de la Red	\$400/individual y \$1,000/familia (sin deducible cuando usted permanece dentro de la red)	
Servicios Fuera de la Red	50% después del deducible	
Servicios Fuera de la Red <i>Que NO están cubiertos</i>	Atención médica preventiva, cuidado quiropráctico, acupuntura, podiatría de rutina, centro de enfermería especializada, educación sobre la diabetes, asesoría nutricional, equipo médico duradero, ortopedia podiátrica, estudios del sueño, viajes/ alojamiento y alimentos médicos	
Class II		
Servicios Fuera de la Red	NO tiene cobertura, excepto transporte de ambulancia y servicios de la sala de emergencias (ER) en caso de emergencias	

Beneficios Adicionales—Class I

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS DEL FORMULARIO	Farmacias Dentro de la Red
	Lo Que Usted Paga Por Receta
Medicamentos recetados de servicios de cuidado de salud preventivo	\$0
Medicamentos Genéricos	\$10 copago
Medicamentos de Marca Preferidos	\$20 copago
Medicamentos de Marca No Preferidos	\$50 copago
Medicamentos Biosimilares y con Marca de Especialidad	Genérico: \$1 copago; Marca: 25% de coseguro
Medicamentos recetados y suministros no incluidos en el formulario	No tiene cobertura
Límites para Farmacia de Gastos Fuera de su Bolsillo	Una vez usted pague \$1,600/persona o \$3,200/familia, el Plan pagará el 100% de ciertos gastos cubiertos para medicamentos recetados durante el resto de ese año calendario.
Farmacias Dentro de la Red	Farmacias Fuera de la Red
CVS, Eckerd, Kmart, y ciertas farmacias locales independientes	Rite Aid, Walgreens, Duane Reade, y ciertas farmacias locales independientes
El servicio de pedidos por correo para medicamentos con receta sólo está disponible a través de WellDyneRx: (844) 813-3860.	
Los medicamentos especializados deben obtenerse a través de Diplomat Specialty. Llame al (844) 857-5772 para obtener más información.	

DENTAL	Proveedores Dentales de EmblemHealth	
Lo que el Plan Paga	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Preventivo y Diagnóstico, incluyendo rellenos	100%	Usted paga la diferencia entre el pago del Plan y el cargo facturado
Atención Restaurativa Básica	80%	
Atención Restaurativa Mayor	50%	
Beneficio Máximo que No sea de Ortodoncia, combinado dentro/ fuera de la red	\$1,500; incluye \$1,000 de máximo fuera de la red	
Beneficio Máximo de por vida para Ortodoncia Niños hasta la edad de 19 años únicamente	100% hasta \$500	Sin beneficios para ortodoncia
VISIÓN	Proveedores Dentro de la Red Davis Vision	
Lo que el Plan Paga	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Servicios y Suministros Disponibles cada 24 meses	100% de los honorarios contratados (\$100 máximo para lentes de contacto/exámenes)	Sólo fuera del área de servicio (Máximo de \$100 cada 24 meses)
AUDICIÓN	Lo que el Plan Paga	
Únicamente Aparatos Auditivos (prescritos por un profesional certificado en audición)	\$500 cada 24 meses	
SEGURO DE VIDA	Pago del Plan de \$10,000	
MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO	Pago del Plan de \$5,000	

Beneficios Adicionales—Class II

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS DEL FORMULARIO

No hay beneficios de medicamentos con receta, excepto para medicamentos de cuidado preventivo

DENTAL

Proveedores Dentales de EmblemHealth

<i>Lo que el Plan Paga</i>	<i>Dentro de la Red</i>	<i>Fuera de la Red</i>
Preventivo y Diagnóstico, incluyendo rellenos	100%	Usted paga la diferencia entre el pago del Plan y el cargo facturado
Atención Restaurativa Básica	80%	
Atención Restaurativa Mayor	50%	
Beneficio Máximo que No sea de Ortodoncia, combinado dentro/ fuera de la red	\$1,500; incluye \$1,000 de máximo fuera de la red	
Beneficio Máximo de por vida para Ortodoncia Niños hasta la edad de 19 años únicamente	100% hasta \$500	Sin beneficios para ortodoncia

VISIÓN

Proveedores Dentro de la Red Davis Vision

<i>Lo que el Plan Paga</i>	<i>Dentro de la Red</i>	<i>Fuera de la Red</i>
Servicios y Suministros Disponibles cada 24 meses	100% de los honorarios contratados (\$100 máximo para lentes de contacto/ exámenes)	Sólo fuera del área de servicio (Máximo de \$100 cada 24 meses)
SEGURO DE VIDA MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO	Pago del Plan de \$6,000	
	Pago del Plan de \$3,000	



Contactos Importantes

Fund Office — Encuentre un PCP/ pregunte acerca de los beneficios
(866) 261-5676 • uhh.org

Horizon BCBS — Encuentre un médico dentro de la red (800) 810-2583; Obtenga autorización previa para ciertos servicios
(866) 899-0626 • horizonblue.com

eviCore — Obtenga autorización previa para Diagnóstico por imagen (CAT/CT, CTA, CT Cardíaca, MRI, MRA, escáner TEP, Medicina Nuclear, Cateterización Cardíaca y Ecocardiogramas) y pruebas cardíacas
(866) 496-6200

Optum — Encuentre un proveedor de salud mental/abuso de sustancias, obtenga autorización previa para ciertos servicios y use los servicios de EAP (866) 248-4094

Hospitality Rx — Encuentre una farmacia dentro de la red
(844) 813-3860 • hospitalityrx.org

EmblemHealth — Encuentre un dentista dentro de la red
(800) 624-2414 • emblemhealth.com

Davis Vision — Encuentre un proveedor de visión dentro de la red
(800) 999-5431 • davisvision.com