

# Benefits at a Glance

Atlantic City Casinos  
Plan 102

This is an easy-to-read summary and does not include all benefits. 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 (888) 437-3480.

## Make the most of your benefits!

### Get FREE medical care at your very own Health Center!

- Primary care
- Labs
- Physical therapy
- Pharmacy
- Ultrasounds and X-Rays
- Podiatry
- Behavioral health/substance abuse counseling

Call to learn more: **(609) 570-2400**

### Make smart choices!

- 1. Get a primary care provider (PCP).**  
*PCPs coordinate your care, saving you time and money.*
- 2. Use network providers.**  
*Your out-of-pocket costs will usually be lower.*



UNITE HERE  
**HEALTH**

Your health fund!

**www.uhh.org • (888) 437-3480**

Available 9 AM to 5 PM

1801 Atlantic Ave., Suite 200, Atlantic City, NJ 08401

## Important Phone Numbers

| If you want to:                                                                                                                    | Call:                             | At:                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|
| Find a network <b>medical provider</b>                                                                                             | Horizon Blue Cross Blue Shield    | <b>(800) 810-2583</b> |
| Ask questions about a <b>vision claim</b> or find a network <b>vision provider</b>                                                 | Davis Vision                      | <b>(800) 999-5431</b> |
| Get <b>prior authorization</b> for <b>genetic testing, radiation therapy,</b> and certain <b>radiology and cardiology</b> services | eviCore                           | <b>(866) 496-6200</b> |
| Get <b>prior authorization</b> for <b>hospitalizations</b> and certain <b>medical services</b>                                     | Horizon Blue Cross Blue Shield    | <b>(866) 899-0626</b> |
| Ask questions about <b>behavioral health</b> services                                                                              | Horizon Blue Cross Blue Shield    | <b>(800) 626-2212</b> |
| Find a <b>network pharmacy</b> or get <b>pharmacy prior authorization</b>                                                          | Hospitality Rx                    | <b>(844) 813-3860</b> |
| Order from the <b>mail-order pharmacy</b>                                                                                          | WelldyneRx Home Delivery          | <b>(844) 813-3860</b> |
| Order from the <b>specialty pharmacy</b>                                                                                           | Welldyne Specialty Pharmacy       | <b>(800) 373-1879</b> |
| Ask questions about a <b>dental claim</b> or find a network <b>dental provider</b>                                                 | BeneCare Dental                   | <b>(800) 843-4727</b> |
| Make an <b>appointment</b> at the <b>Health Center</b>                                                                             | UNITE HERE HEALTH – Health Center | <b>(609) 570-2400</b> |

# Medical Benefits/Services



These services are **FREE** at the Health Center!

## Medical/Behavioral Health — Horizon BCBS Direct Access

| What You Pay For                                                                                                                      | Network                                                            | Non-Network          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Calendar Year Deductible                                                                                                              | \$350/person • \$700/family                                        |                      |
| Safety Net Out-of-Pocket Spending Limit — <i>Copays, deductibles, and coinsurance you pay for medical and pharmacy</i>                | \$6,350/person • \$12,700/family                                   | Not Applicable       |
| Basic Out-of-Pocket Spending Limit — <i>Coinsurance you pay</i>                                                                       | \$1,500/person                                                     | Not Applicable       |
| <b>Office Visits</b>                                                                                                                  |                                                                    |                      |
| All Services at the UNITE HERE HEALTH – Health Center                                                                                 | <b>FREE!</b>                                                       | Not Applicable       |
| Preventive Care — <i>Now more services for FREE, including routine colonoscopies and routine mammograms; certain limits may apply</i> | \$0                                                                | Not covered          |
| Primary Care Provider (PCP)                                                                                                           | <b>FREE</b> at the Health Center!                                  | 50% after deductible |
| Specialist — <i>When your PCP provides a referral to the Fund</i>                                                                     | \$30 copay                                                         |                      |
| Specialist — <i>No PCP referral</i>                                                                                                   | \$40 copay                                                         |                      |
| Specialist — <i>No PCP referral</i>                                                                                                   | \$75 copay                                                         |                      |
| Behavioral Health                                                                                                                     | <b>FREE</b> at the Health Center!                                  | 50% after deductible |
| Substance Abuse                                                                                                                       | \$10 copay                                                         |                      |
| Podiatry, Routine and Non-Routine                                                                                                     | <b>FREE</b> at the Health Center!                                  | Not covered          |
| Allergy Injections                                                                                                                    | \$0                                                                | 50% after deductible |
| Acupuncture — <i>Up to 12 visits per person/calendar year</i>                                                                         | \$20 copay                                                         | 50% after deductible |
| <b>Urgent Care &amp; Emergency Services</b>                                                                                           |                                                                    |                      |
| Urgent Care Center                                                                                                                    | \$40 copay                                                         | 50% after deductible |
| Emergency Room (ER)                                                                                                                   | \$200 copay ( <i>waived if admitted</i> ) and 15% after deductible |                      |
| Ambulance                                                                                                                             | \$130 copay/trip                                                   |                      |
| <b>Inpatient Services</b>                                                                                                             |                                                                    |                      |
| Hospice or Substance Abuse Care                                                                                                       | \$0                                                                | 50% after deductible |
| All Other Care — <i>Hospital, skilled nursing facility, residential facility</i>                                                      | 20% after deductible                                               | 50% after deductible |

## Getting Approval BEFORE You Receive Care

### What is prior authorization?

Prior authorization is calling to make sure certain treatments, services, or supplies are medically necessary **BEFORE** you receive care. This helps:

- Avoid procedures you don't need
- Save you and your health fund money
- Ensure you get the right care

### Who's responsible for getting approval?

**In-network**—Horizon Direct Access **PROVIDERS** are responsible for following the prior authorization procedures. (That means you will not be penalized, even if your Direct Access provider does not follow the procedures.)

**Out-of-network**—**YOU** are responsible for following the prior authorization procedures. If you don't get prior authorization, a \$150 penalty may apply, and your claim may be denied.

**eviCore services** (genetic testing, radiation therapy, and certain radiology and cardiology services)

- *In-network*: Horizon Direct Access providers get the required authorization on your behalf. (*If they don't, you're not penalized.*)

- *Out-of-network and BlueCard providers*: You are responsible for getting authorization from eviCore. Benefits are subject to the Plan's deductible and coinsurance requirements.

### How do I start prior authorization?

**Medical procedures and tests**—You, a family member, or your doctor must call Horizon Blue Cross Blue Shield at **(866) 899-0626**

**Behavioral health and alcohol/substance abuse treatment**—Call Horizon Blue Cross Blue Shield at **(866) 899-0626**

**Genetic testing, radiation therapy, and certain radiology and cardiology services**—Call eviCore at **(866) 496-6200**

### What if I'm hospitalized?




**Non-maternity inpatient admissions**—including skilled nursing, hospice, hospital, and residential treatment:

- *Non-emergency confinements*: Call any time prior to admission
- *Emergency care confinements*: Call the first business day following admission

**Maternity hospitalizations**—**Call for any stays exceeding:**

- 48 hours for the normal delivery of a newborn child; or
- 96 hours for the delivery of a newborn child by Caesarean section

## Medical/Behavioral Health — Horizon BCBS Direct Access

| Outpatient Services                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                           | Network                                    |                      | Non-Network                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------|------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                           | Non-hospital                               | Hospital             |                                                            |
| Laboratory                                                                                                                                                          | <b>FREE</b> at the Health Center!<br>(and at two Quest locations in PA)  | 15% after deductible                       | 20% after deductible | 50% after deductible                                       |
| X-ray, Ultrasounds, and Fetal Monitoring                                                                                                                            | <b>FREE</b> at the Health Center!                                        | \$50 copay/visit                           | \$150 copay/visit    |                                                            |
| Diagnostic Imaging — Includes CAT/CT, CTA, Cardiac CT, MRI, MRA, and PET scans; echocardiograms; nuclear medicine; nuclear cardiac imaging; cardiac catheterization |                                                                                                                                                           | \$100 copay/visit                          | \$350 copay/visit    |                                                            |
| Outpatient Surgery                                                                                                                                                  | In a provider's office                                                                                                                                    | See office visits                          |                      |                                                            |
|                                                                                                                                                                     | AtlantiCare Surgery Center                                                                                                                                | \$0                                        |                      |                                                            |
|                                                                                                                                                                     | Ambulatory Surgical Facility                                                                                                                              | 15% after deductible                       |                      |                                                            |
|                                                                                                                                                                     | Hospital                                                                                                                                                  | \$200 copay/visit and 15% after deductible |                      |                                                            |
| Physical, Occupational, and Speech Therapy                                                                                                                          | Physical therapy is <b>FREE</b> at the Health Center!                    | 15% after deductible                       |                      |                                                            |
| Chiropractic Care                                                                                                                                                   | Up to 24 visits per person/calendar year                                                                                                                  | Plan pays up to \$25/visit                 |                      | Not covered                                                |
| Diabetes Education                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                           | \$0                                        |                      | Not covered                                                |
| Nutrition Counseling                                                                                                                                                | Up to 4 visits per person/calendar year                                                                                                                   | \$0                                        |                      | Not covered                                                |
| <b>Select Covered Services</b>                                                                                                                                      |                                                                                                                                                           |                                            |                      |                                                            |
| Durable Medical Equipment                                                                                                                                           |                                                                                                                                                           | 20% after deductible                       |                      | Not covered                                                |
| Home Health Services                                                                                                                                                |                                                                                                                                                           | \$0                                        |                      | 50% after deductible                                       |
| Hospice Care                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                           | \$0                                        |                      |                                                            |
| Sleep Studies                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                           | 20% after deductible                       |                      |                                                            |
| Orthotics and Prosthetics                                                                                                                                           |                                                                                                                                                           | 20% after deductible                       |                      | 50% after deductible (no coverage for podiatric orthotics) |
| All Other Covered Expenses — including professional fees (which may be required in addition to the above cost-sharing)                                              |                                                                                                                                                           | 20% after deductible                       |                      | 50% after deductible                                       |

### Call Horizon: (866) 899-0626

Any inpatient admission, regardless of the type of facility or care, including but not limited to skilled nursing facility care, hospice, and residential treatment

|                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Non-emergent air ambulance transportation                                                     | Home hospice services                                                                                                                                                                                           |
| Bariatric/gastric bypass and morbid obesity procedures                                        | Home infusion services                                                                                                                                                                                          |
| Clinical trials                                                                               | Hyperbaric oxygen therapy                                                                                                                                                                                       |
| Cosmetic or potentially cosmetic procedures, including dermatology and varicose vein services | Medical foods                                                                                                                                                                                                   |
| Durable medical equipment over \$500 (including breast pumps costing over \$500)              | Certain outpatient mental health/substance abuse services: partial hospitalization, intensive outpatient, psychological testing, in-home services, electroconvulsive therapy, transcranial magnetic stimulation |
| Gender reassignment surgical services and certain hormone therapy                             | Prosthetics/orthotics over \$500                                                                                                                                                                                |
| Habilitative therapy for children with autism spectrum disorder                               | Specialty pharmaceuticals (certain medical injectables)                                                                                                                                                         |
| Home health care services (including all skilled services in the home)                        | Transplant services, except for corneal transplants                                                                                                                                                             |
|                                                                                               | Travel and lodging                                                                                                                                                                                              |

### Call eviCore: (866) 496-6200

| Radiology services:                                                                                                  | Cardiology services:                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| CT and CTA scans                                                                                                     | Diagnostic heart catheterization                       |
| MRA and MRI                                                                                                          | Cardiac CT and MRI                                     |
| PET and PET-CT                                                                                                       | Echocardiography: transthoracic and transesophageal    |
| Nuclear medicine                                                                                                     | Myocardial perfusion imaging (SPECT and PET)           |
| Nuclear cardiac imaging                                                                                              | Stress testing                                         |
| <b>Radiation therapy</b>                                                                                             | Stress echocardiography                                |
| <i>These lists change from time to time. Contact the Fund at (888) 437-3480 for the most up-to-date information.</i> | <b>Genetic testing</b> (molecular and genomic testing) |

### Free, comprehensive cancer care!


Providers from the Health Center are partnering with Penn Medicine's Cancer system to provide you with the region's highest quality cancer care. You pay \$0 for diagnosis, treatment, and surveillance at Penn Medicine, as well as care coordination, local support, and transportation.

Learn more at [uhh.org/penn](http://uhh.org/penn)

# Non-Medical Benefits/Services

## Formulary Prescription Drug Benefits

Hospitality Rx—Visit [hospitalityrx.org](http://hospitalityrx.org) to find network pharmacies

| At the UNITE HERE HEALTH – Health Center and free pharmacy locations | Per Prescription up to a 60-day supply                                                         | At network retail pharmacies and mail order                                                          | Retail Pharmacy up to a 34-day supply                     | Mail Order up to a 60-day supply |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Prescription drugs (excluding select drugs listed below)             | <b>FREE!</b>  | Preventive healthcare services drugs                                                                 | \$0                                                       |                                  |
|                                                                      |                                                                                                | Generic and some brand drugs                                                                         | \$5                                                       |                                  |
| Select specialty and select biosimilar drugs                         | 25%                                                                                            | Preferred drugs                                                                                      | \$15                                                      |                                  |
|                                                                      |                                                                                                | Non-preferred drugs                                                                                  | \$30                                                      |                                  |
| Select brand drugs                                                   | 50%                                                                                            | Select specialty and select biosimilar drugs                                                         | Not covered                                               | <b>Generic</b>                   |
|                                                                      |                                                                                                |                                                                                                      |                                                           | \$5                              |
|                                                                      |                                                                                                |                                                                                                      |                                                           | 25%                              |
| <b>Non-Formulary Prescription Drugs and Supplies</b>                 | Not covered, unless an exception is approved                                                   | For specialty drugs, contact the Health Center or Welldyne Specialty Pharmacy: <b>(800) 373-1879</b> | For mail-order, contact WelldyneRx: <b>(844) 813-3860</b> |                                  |

\* Current pharmacy benefit provider will actively manage and determine drugs in tier. Specialty drugs are only available through the specialty mail order pharmacy or the Atlantic City Health Center. However, if you take specialty medications as part of your HIV treatment plan, you may be able to receive an exception to use your network retail pharmacy instead.

## Dental—BeneCare Dental

|                                                                              | BeneCare Network Providers<br>What you pay:             | Non-Network Providers<br>Plan pays up to: |
|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Diagnostic and Preventive Care—Includes routine exams, cleanings, and x-rays | \$0                                                     | \$9–\$32                                  |
| Restorative Care—Includes fillings, inlays, and crowns                       | \$0–\$245                                               | \$16–\$167                                |
| Root canal therapy                                                           | \$110–\$150                                             | \$181–\$209                               |
| Extractions                                                                  | \$0–\$60                                                | \$25–\$72                                 |
| Prosthodontics—Includes dentures and bridgework                              | \$105–\$190                                             | \$123–\$170                               |
| Orthodontic Care—Only for dependent children through age 19                  | Plan pays 50% up to a lifetime maximum of \$1,000       |                                           |
| Maximum Benefit Per Person—For non-orthodontic services                      | \$1,500 (includes up to \$500 for non-network services) |                                           |

## Vision

Davis Vision network—Covered once every calendar year

| What You Pay For                       | Network                                                                                                    | Non-Network                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Eye Exams                              | \$0                                                                                                        | 1) Pay provider at time of service<br>2) Submit a claim to Davis<br>3) Get reimbursed: \$75 maximum for an exam and \$175 maximum for all materials, evaluations, and fittings combined |
| Frames                                 | \$0 for Fashion, Designer & Premier levels in Davis Vision Collection                                      |                                                                                                                                                                                         |
|                                        | \$150 allowance for other frames plus 20% off balance; no copay                                            |                                                                                                                                                                                         |
| Lenses                                 | \$0                                                                                                        |                                                                                                                                                                                         |
| Cosmetic Contacts (instead of glasses) | \$0 for Davis Vision Collection                                                                            |                                                                                                                                                                                         |
|                                        | \$150 allowance for other contacts plus 15% off balance; \$60 allowance for evaluation & fitting; no copay |                                                                                                                                                                                         |
| Retinal Imaging                        | \$20 per exam                                                                                              | Not covered                                                                                                                                                                             |

## Hearing Aids

|                       | What the Plan pays                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hearing Aid Only      | \$3,000 max reimbursement for prescription hearing aids every 3 calendar years (device only; exam is covered by your medical benefit)                                                                                                                                |
| How to get reimbursed | Email an itemized receipt for your hearing aids along with a completed claim form to: <a href="mailto:claims@uhh.org">claims@uhh.org</a> (find a claim form online at <a href="http://www.uhh.org">www.uhh.org</a> ; it's in the "Forms" section of your plan page)* |

## Life Insurance

**Employees:** The plan pays \$20,000; **Dependents:** The plan pays \$5,000 for spouses and children 6 months and older; \$3,000 for children younger than 6 months

## Accidental Death & Dismemberment

**Employees only:** The plan pays \$20,000

\*We're always careful with your personal information but emails are not always private or secure—keep this in mind before emailing.

# Beneficios a Simple Vista

Atlantic City Casinos  
Plan 102

Este es un resumen fácil de leer y no incluye todos los beneficios. Si hay conflicto entre este resumen y los documentos de su plan, entonces los documentos de su plan son los correctos. Para obtener más detalles sobre los beneficios o para informarse sobre cuáles tratamientos/servicios requieren autorización previa, por favor consulte la Descripción resumida del plan (Summary Plan Description o SPD) o llámenos al (888) 437-3480.

## ¡Aprovecha al máximo tus beneficios!

### ¡Obtenga atención médica GRATIS en su propio Centro de Salud!

- Cuidado primario
- Laboratorios
- Terapia física
- Farmacia
- Ultrasonidos y radiografías
- Podología
- Consejería de salud conductual/abuso de sustancias

Llame para conocer más: **(609) 570-2400**

### ¡Tome decisiones inteligentes!

- 1. Obtenga un proveedor de atención primaria (PCP).** Los PCP coordinan su cuidado, ahorrándole tiempo y dinero.
- 2. Utilice proveedores dentro de la red.** Los costos de gastos fuera de su bolsillo por lo general serán más bajos.



A partir de 2/1/24

UNITE HERE  
**HEALTH**

Su fondo de salud!

**www.uhh.org • (888) 437-3480**

Disponibles 9 AM to 5 PM

1801 Atlantic Ave., Suite 200, Atlantic City, NJ 08401

## Números telefónicos importantes

| Si usted quiere:                                                                                                                               | Llame a:                          | A:                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|
| Encontrar un <b>proveedor de servicios médicos</b> de la red                                                                                   | Horizon Blue Cross Blue Shield    | <b>(800) 810-2583</b> |
| Hacer preguntas sobre un <b>reclamo de visión</b> o encontrar un <b>proveedor de visión</b> de la red                                          | Davis Vision                      | <b>(800) 999-5431</b> |
| Obtener <b>autorización previa</b> para <b>hospitalizaciones</b> y ciertos <b>servicios médicos</b>                                            | Horizon Blue Cross Blue Shield    | <b>(866) 899-0626</b> |
| Obtenga <b>autorización previa</b> para <b>pruebas genéticas, terapia de radiación, y</b> ciertos servicios de <b>radiología y cardiología</b> | eviCore                           | <b>(866) 496-6200</b> |
| Hacer preguntas sobre un para servicios de <b>salud conductual</b>                                                                             | Horizon Blue Cross Blue Shield    | <b>(800) 626-2212</b> |
| Encontrar una <b>farmacia de la red</b> o obtener <b>autorización previa</b> para <b>medicamentos recetados</b>                                | Hospitality Rx                    | <b>(844) 813-3860</b> |
| Ordenar de la <b>farmacia de pedido por correo</b>                                                                                             | WelldyneRx Home Delivery          | <b>(844) 813-3860</b> |
| Ordenar de la <b>farmacia especializada</b>                                                                                                    | Welldyne Specialty Pharmacy       | <b>(800) 373-1879</b> |
| Hacer preguntas sobre un <b>reclamo dental</b> o buscar un <b>proveedor dental</b> de la red                                                   | BeneCare Dental                   | <b>(800) 843-4727</b> |
| Hacer una <b>cita</b> en el <b>centro de salud</b>                                                                                             | UNITE HERE HEALTH – Health Center | <b>(609) 570-2400</b> |



## Salud médica / conductual — Horizon Direct Access

| Lo que Usted Paga                                                                                                                              | Dentro de la Red                                                      | Fuera de la Red           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| Deducible por Año Calendario                                                                                                                   | \$350/persona • \$700/familia                                         |                           |
| Red de Protección Límite de Gastos Fuera del Bolsillo — Copagos, deducibles, y coseguro que usted paga por médico y farmacia                   | \$6,350/persona • \$12,700/familia                                    | No se aplica              |
| Límite Básico de Gastos Fuera del Bolsillo — Coseguro que usted paga                                                                           | \$1,500/persona                                                       | No se aplica              |
| <b>Visitas al Consultorio</b>                                                                                                                  |                                                                       |                           |
| Todos los Servicios en el Centro de Salud – UNITE HERE HEALTH                                                                                  | <b>¡GRATIS!</b>                                                       | No se aplica              |
| Cuidado Preventivo — Ahora más servicios GRATIS incluyendo colonoscopias rutinarias y mamografías rutinarias; pueden aplicarse ciertos límites | \$0                                                                   | No tiene cobertura        |
| Proveedor de Cuidados Primarios (PCP) <b>¡GRATIS</b> en el Centro de Salud!                                                                    | \$30 copago                                                           | 50% después del deducible |
| Especialista — Cuando su PCP proporciona una referencia a el Fondo                                                                             | \$40 copago                                                           |                           |
| Especialista — Sin referencia del PCP                                                                                                          | \$75 copago                                                           |                           |
| Salud Conductual <b>¡GRATIS</b> en el Centro de Salud!                                                                                         | \$10 copago                                                           |                           |
| Abuso de Sustancias <b>¡GRATIS</b> en el Centro de Salud!                                                                                      | \$0                                                                   |                           |
| Podología, Rutinarias y No Rutin <b>¡GRATIS</b> en el Centro de Salud!                                                                         | \$25 copago                                                           | No tiene cobertura        |
| Inyecciones para Alergias                                                                                                                      | \$0                                                                   | 50% después del deducible |
| Acupuntura — Hasta 12 visitas por persona/año calendario                                                                                       | \$20 copago                                                           | 50% después del deducible |
| <b>Servicios de Atención de Urgencia y de Emergencia</b>                                                                                       |                                                                       |                           |
| Centro de Atención de Urgencias                                                                                                                | \$40 copago                                                           | 50% después del deducible |
| Sala de Emergencias (ER)                                                                                                                       | \$200 copago (no se cobra si es admitido) y 15% después del deducible |                           |
| Ambulancia                                                                                                                                     | \$130 copago/viaje                                                    |                           |
| <b>Servicios de Hospitalización</b>                                                                                                            |                                                                       |                           |
| Cuidado Paleativo (Hospicio) o de Abuso de Sustancias                                                                                          | \$0                                                                   | 50% después del deducible |
| Todos los Demás Cuidados — Hospital, centro de enfermería especializada, centro residencial                                                    | 20% después del deducible                                             | 50% después del deducible |

## Obtener autorización antes de que usted reciba la atención

### ¿Qué es autorización previa?

La autorización previa es llamar para asegurarse que ciertos tratamientos, servicios o suministros son médicamente necesarios **ANTES** de recibir cuidados. Esto le ayuda a:

- Evitar procedimientos que no necesita
- Ahorrarle dinero a usted y su fondo de salud
- Asegurar que usted recibe el cuidado adecuado

### ¿Quién es responsable de obtener la autorización?

**Dentro de la Red** — Los **PROVEEDORES** de Horizon Direct Access son responsables de seguir los procedimientos de autorización previa (eso significa que usted no será penalizado, incluso si su proveedor de Direct Access no cumple con los procedimientos).

**Fuera de la Red** — **USTED** es responsable de cumplir con los procedimientos de autorización previa. Si no obtiene autorización previa, se puede aplicar una penalización de \$150 y su reclamo puede ser rechazado.

**Servicios de eviCore** (Pruebas genéticas, terapia de radiación, y ciertos servicios de radiología y cardiología)

- *Dentro de la Red:* Los proveedores de Horizon Direct Access obtienen la autorización requerida en su nombre. (Si los médicos no solicitan autorización previa, usted no será penalizado.)

- *Proveedores fuera de la red y BlueCard:* Usted es responsable de obtener la autorización de eviCore. Los beneficios están sujetos a los requerimientos de deducible y coseguro del Plan.

### ¿Cómo inicio una autorización previa?

**Procedimientos y exámenes médicos** — usted, un miembro de la familia, o su médico debe llamar a Horizon Blue Cross Blue Shield al **(866) 899-0626**.

**Salud conductual y tratamiento de abuso de alcohol/sustancias** — llame a Horizon Blue Cross Blue Shield al **(866) 899-0626**.

**Pruebas genéticas, terapia de radiación, y ciertos servicios de radiología y cardiología** — Llame a eviCore al **(866) 496-6200**.

### ¿Qué pasa si estoy hospitalizado?

**Admisiones como paciente interno que no es por maternidad** — incluyendo enfermería especializada, hospicio, hospital y tratamiento residencial:

- *Hospitalizaciones que no son emergencia:* Llame en cualquier momento antes de la admisión.
- *Hospitalizaciones por atención de emergencia:* Llame el primer día hábil después de la admisión.

**Hospitalizaciones por maternidad** — Llame para cualquier estancia que exceda:

- 48 horas para el parto normal de un recién nacido; o
- 96 horas para el parto de un recién nacido por cesárea.

## Salud médica / conductual — Horizon Direct Access

| Servicios Ambulatorios                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                         | Dentro de la Red                                |                           | Fuera de la Red                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                         | No hospitalaria                                 | Hospital                  |                                                                                    |
| Laboratorio                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ¡GRATIS en el Centro de Salud!<br>(y en dos ubicaciones de Quest en PA) | 15% después del deducible                       | 20% después del deducible | 50% después del deducible                                                          |
| Rayos X, ultrasonidos y monitorización fetal                                                                                                                                                                                                                                                                    | ¡GRATIS en el Centro de Salud!                                          | \$50 copago/visita                              | \$150 copago/visita       |                                                                                    |
| Diagnóstico por Imágenes — Incluye Tomografía axial computarizada CAT/CT, Angiografía por tomografía computarizada CTA, TC Cardíaca, Resonancia magnética MRI, Angiografía de resonancia magnética MRA, y escáner TEP; ecocardiogramas; medicina nuclear, imágenes cardíacas nucleares; cateterización cardíaca |                                                                         | \$100 copago/visita                             | \$350 copago/visita       |                                                                                    |
| Cirugía Ambulatoria                                                                                                                                                                                                                                                                                             | En el consultorio del proveedor                                         | Vea visita de consultorio                       |                           |                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | AtlantiCare Surgery Center                                              | \$0                                             |                           |                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Centro Quirúrgico Ambulatorio                                           | 15% después del deducible                       |                           |                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Hospital                                                                | \$200 copago/visita y 15% después del deducible |                           |                                                                                    |
| Terapia Física, Ocupacional o del Habla                                                                                                                                                                                                                                                                         | La terapia física es ¡GRATIS en el Centro de Salud!                     | 15% después del deducible                       |                           |                                                                                    |
| Cuidado quiropráctico — Hasta 24 visitas por persona/año calendario                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                         | El Plan paga hasta \$25/visita                  |                           | No tiene cobertura                                                                 |
| Educación sobre la Diabetes                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                         | \$0                                             |                           | No tiene cobertura                                                                 |
| Asesoría en Nutrición — Hasta 4 visitas por persona/año calendario                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                         | \$0                                             |                           | No tiene cobertura                                                                 |
| Servicios Selectos Cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                         |                                                 |                           |                                                                                    |
| Equipo Médico Duradero                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                         | 20% después del deducible                       |                           | No tiene cobertura                                                                 |
| Servicios de Salud en el Hogar                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                         | \$0                                             |                           | 50% después del deducible                                                          |
| Cuidado Paleativo (Hospicio)                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                         | \$0                                             |                           |                                                                                    |
| Estudios del Patrón del Sueño                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                         | 20% después del deducible                       |                           |                                                                                    |
| Ortopedia y Prótesis                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                         | 20% después del deducible                       |                           | 50% después del deducible<br>(sin cobertura para aparatos ortopédicos podiátricos) |
| Todos los Demás Gastos Cubiertos — incluyendo honorarios profesionales (que pueden ser requeridos adicionalmente a los gastos compartidos anteriores)                                                                                                                                                           |                                                                         | 20% después del deducible                       |                           | 50% después del deducible                                                          |

### Llame a Horizon: (866) 899-0626

|                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cualquier ingreso hospitalario, independientemente del tipo de centro o atención, lo que incluye entre otros, atención en un centro de enfermería especializada, cuidados paliativos y tratamiento residencial |                                                                                                                                                                                                                                               |
| Transporte ambulancia aérea que no sea de emergencia                                                                                                                                                           | Servicios paliativos (hospicio) a domicilio                                                                                                                                                                                                   |
| Bypass bariátrico / gástrico y procedimientos de obesidad mórbida                                                                                                                                              | Servicios de infusión a domicilio                                                                                                                                                                                                             |
| Ensayos clínicos                                                                                                                                                                                               | Terapia de oxigenoterapia hiperbárica                                                                                                                                                                                                         |
| Procedimientos cosméticos o potencialmente cosméticos, incluyendo servicios de dermatología y venas varicosas                                                                                                  | Alimentos médicos                                                                                                                                                                                                                             |
| Equipo médico de uso a largo plazo, no desechable de más de \$500 (incluidos los extractores de leche que cuestan más de \$500)                                                                                | Ciertos servicios ambulatorios de salud mental / abuso de sustancias: hospitalización parcial, servicios ambulatorios intensivos, pruebas psicológicas, servicios a domicilio, terapia electroconvulsiva, estimulación magnética transcraneal |
| Servicios quirúrgicos de reasignación de género y cierta terapia hormonal                                                                                                                                      | Prótesis/aparatos ortopédicos de más de \$500                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                | Productos farmacéuticos especializados (ciertas medicinas inyectables)                                                                                                                                                                        |
| Terapia de habilitación para niños con trastorno del espectro autista                                                                                                                                          | Servicios de trasplante, excepto trasplantes de córnea                                                                                                                                                                                        |
| Servicios de atención médica a domicilio, incluyendo todos los servicios especializados en el hogar                                                                                                            | Transporte y alojamiento                                                                                                                                                                                                                      |

### Llame a eviCore: (866) 496-6200

| Servicios de radiología:                                                                                                              | Servicios de cardiología:                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Tomografías computarizadas                                                                                                            | Cateterismo cardíaco de diagnóstico                        |
| Angiografía por resonancia magnética y resonancia magnética                                                                           | TC cardíaca y resonancia magnética                         |
| Tomografía por emisión de positrones y TC por emisión de positrones                                                                   | Ecocardiografía: transtorácica y transesofágica            |
| Medicina nuclear                                                                                                                      | Imágenes de perfusión miocárdica                           |
| Imágenes cardíacas nucleares                                                                                                          | Pruebas de estrés                                          |
| <b>Terapia de radiación</b>                                                                                                           | Ecocardiografía de estrés                                  |
| <i>Estas listas cambian de vez en cuando. Comuníquese con el Fondo al (888) 437-3480 para obtener la información más actualizada.</i> | <b>Pruebas genéticas</b> (pruebas moleculares y genómicas) |

### ¡Atención oncológica integral y gratuita!

Los proveedores del Health Center se están asociando con el sistema oncológico de Penn Medicine para brindarle atención oncológica de la más alta calidad de la región. Usted paga \$0 por el diagnóstico, el tratamiento y la vigilancia en Penn Medicine, así como por la coordinación de la atención, el apoyo local y el transporte. **Obtenga más información en [uhh.org/penn](http://uhh.org/penn)**

# Beneficios/Servicios No Médicos

## Beneficios de medicamentos recetados del formulario

Hospitality Rx— Visite [hospitalityrx.org](http://hospitalityrx.org) encontrarde farmacias dentro de la red

| En el Centro de Salud UNITE HERE HEALTH y en las ubicaciones de farmacias gratuitas     | Por Receta Médica hasta un suministro de 60 días                                           | Dentro de la Red de Farmacias Minoristas y de Pedidos por Correo                                         | Farmacia Minorista hasta un suministro de 34 días           | Pedido por Correo hasta un suministro de 60 días                                                                                                  |          |          |     |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|-----|-----|
| Medicamentos con receta (no incluye los medicamentos seleccionados indicados más abajo) | ¡GRATIS!  | Medicamentos para servicios de atención médica preventiva                                                | \$0                                                         |                                                                                                                                                   |          |          |     |     |
|                                                                                         |                                                                                            | Medicamentos genéricos y algunos de marca                                                                | \$5                                                         |                                                                                                                                                   |          |          |     |     |
| Medicamentos especializados selectos y biosimilares selectos                            | 25%                                                                                        | Medicamentos de preferencia                                                                              | \$15                                                        |                                                                                                                                                   |          |          |     |     |
|                                                                                         |                                                                                            | Medicamentos que no sean de preferencia                                                                  | \$30                                                        |                                                                                                                                                   |          |          |     |     |
| Medicamentos de marca selectos                                                          | 50%                                                                                        | Medicamentos especializados selectos y biosimilares selectos                                             | No tiene cobertura                                          | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Genérico</th> <th>De marca</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>\$5</td> <td>25%</td> </tr> </tbody> </table> | Genérico | De marca | \$5 | 25% |
|                                                                                         |                                                                                            |                                                                                                          | Genérico                                                    | De marca                                                                                                                                          |          |          |     |     |
| \$5                                                                                     | 25%                                                                                        |                                                                                                          |                                                             |                                                                                                                                                   |          |          |     |     |
| Medicamentos con receta y suministros no incluidos en el formulario                     | No tiene cobertura, a menos que se apruebe una excepción                                   | Para medicamentos especializados, llame al centro de salud o Welldyne Specialty Pharmacy: (800) 373-1879 | Para pedidos por correo, llame a WelldyneRx: (844) 813-3860 |                                                                                                                                                   |          |          |     |     |

\*El proveedor de beneficios farmacéuticos actual administrará y determinará activamente los medicamentos en el nivel. Los medicamentos especializados solo están disponibles a través de la farmacia especializada de pedidos por correo postal o el centro de salud Atlantic City. Sin embargo si toma medicamentos especializados como parte de su plan de tratamiento del VIH, puede recibir una excepción para usar su farmacia minorista dentro de la red.

## Dental—BeneCare Dental

|                                                                                           | Proveedores de la red BeneCare—Lo que usted paga:           | Proveedores fuera de la red El Plan paga hasta: |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Cuidados de Diagnóstico y Preventivo—Incluye exámenes rutinario, limpiezas y radiografías | \$0                                                         | \$9–\$32                                        |
| Cuidado Restaurativo—Incluye rellenos, incrustaciones y coronas                           | \$0–\$245                                                   | \$16–\$167                                      |
| Terapia de Endodoncia (Root Canal)                                                        | \$110–\$150                                                 | \$181–\$209                                     |
| Extracciones                                                                              | \$0–\$60                                                    | \$25–\$72                                       |
| Prostodoncia—Incluye dentadura postiza y prótesis dentales                                | \$105–\$190                                                 | \$123–\$170                                     |
| Cuidado de Ortodoncia—Sólo para niños dependientes hasta los 19 años                      | El plan paga 50% hasta un máximo de por vida de \$1,000     |                                                 |
| Beneficio Máximo por Persona—Para servicios que no son de ortodoncia                      | \$1,500 (incluye hasta \$500 por servicios fuera de la red) |                                                 |

## Visión

La Red Davis Vision—Cubierto una vez por año calendario

| Lo Que Usted Paga                                   | Dentro de la Red                                                                                                                           | Fuera de la Red                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Exámenes de la vista                                | \$0                                                                                                                                        | 1) Pagar al proveedor al momento del servicio<br>2) Presentar un reclamo a Davis<br>3) Reciba un reembolso: hasta \$75 por un examen y hasta \$175 por materiales, evaluaciones y ajustes combinados |
| Aros                                                | \$0 para los niveles de Moda, Diseñador y Premier en la colección de Davis Vision                                                          |                                                                                                                                                                                                      |
|                                                     | Asignación de \$150 para otros marcos más 20% de descuento en el saldo; <i>sin copago</i>                                                  |                                                                                                                                                                                                      |
| Lentes                                              | \$0                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                      |
| Lentes de contacto cosméticos<br>En vez de anteojos | \$0 por la colección de Davis Vision                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                      |
|                                                     | Asignación de \$150 para otros contactos más 15 % de descuento en el saldo; Asignación de \$60 para evaluación y ajuste; <i>sin copago</i> |                                                                                                                                                                                                      |
| Imágenes de la retina                               | \$20 por examen                                                                                                                            | No está cubierto                                                                                                                                                                                     |

## Aparatos Auditivos

|                                     | Qué paga el Plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Únicamente Aparatos Auditivos       | Reembolso máximo de \$3,000 para aparatos auditivos recetados cada 3 años calendario (solo dispositivo; el examen está cubierto por su beneficio médico)                                                                                                                                                                                  |
| Cómo obtener un reembolso           | Envíe por correo electrónico un recibo detallado de sus aparatos auditivos junto con un formulario de reclamo completo a: <a href="mailto:claims@uhh.org">claims@uhh.org</a><br>(encuentre un formulario de reclamo en línea en <a href="http://www.uhh.org">www.uhh.org</a> ; está en la sección "Formularios" de la página de su plan)* |
| Seguro de vida                      | <b>Empleados:</b> El plan paga \$20,000; <b>Dependientes:</b> El plan paga \$5,000 para cónyuges e hijos de 6 meses o más; \$3,000 para niños menores de 6 meses                                                                                                                                                                          |
| Muerte accidental y desmembramiento | <b>Solo empleados:</b> El plan paga \$20,000                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

\*Siempre somos cuidadosos con su información personal, pero los correos electrónicos no siempre son privados o seguros; tenga esto en cuenta antes de enviarlos.