

# Benefits at a Glance

Atlantic City Non-Casinos  
Plan 202

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.*

Effective 1/1/2026



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>approval for certain health benefits</b> <i>(if you need a transplant, you can also visit <a href="http://uhh.org/transplant">uhh.org/transplant</a>)</i>	HealthCheck360	<b>(844) 462-7812</b>
Get <b>24/7 medical help</b> with our free Nurse Line	HealthCheck360	<b>(855) 752 2370</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>	HealthDyne	<b>(844) 813-3860</b>
Order from the <b>specialty pharmacy</b>	HealthDyne 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	\$200/person • \$400/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>	\$918/person	Not Applicable	
<b>Office Visits</b>			
All Services at the UNITE HERE HEALTH – Health Center	<b>FREE!</b>	Not Applicable	
Preventive Care— <i>Certain limits may apply</i>	\$0	Not covered	
Primary Care Provider (PCP)	<b>FREE at the Health Center!</b>	50% after deductible	
Specialist	\$25 copay		
Behavioral Health	\$10 copay		
Substance Abuse	\$0		
Podiatry, Routine— <i>Up to \$500/calendar year</i>	Plan pays up to \$25/visit		
Podiatry, Non-Routine	<b>FREE at the Health Center!</b>	20% after deductible	Not covered
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	\$10 copay	50% after deductible	
Emergency Room (ER)	\$100 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, and residential facility</i>	15% 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.

### How do I start prior authorization?

**Medical procedure, tests and all hospital-based outpatient surgical procedures** — You, a family member, or your doctor must call HealthCheck360 at **(844) 462-7812**.

**Transplant (including evaluation) and CAR-T Therapy Services** — You **MUST** use the Optum or Cigna LifeSOURCE network; prior authorization is required—call HealthCheck360: **(844) 462-7812**

### 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	
Laboratory	<b>FREE</b> at the Health Center! (and at two Quest locations in Pennsylvania) 	15% after deductible	50% after deductible	
X-ray, Ultrasounds, and Fetal Monitoring	<b>FREE</b> at the Health Center! 	Non-hospital: \$25 copay/visit Hospital: \$100 copay/visit		
Diagnostic Imaging — Includes CAT/CT, CTA, Cardiac CT, MRI, MRA, and PET scans; echocardiograms; nuclear medicine; nuclear cardiac imaging; cardiac catheterization		Non-hospital: \$85 copay/visit Hospital: \$310 copay/visit		
Outpatient Surgery	In a provider's office	See office visits		
	AtlantiCare Surgery Center	\$0		
	Ambulatory Surgical Facility or Hospital	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		\$0		Not covered
Select Covered Services				
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	

### 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	<table border="1"> <tr> <th>Generic</th> <th>Brand</th> </tr> <tr> <td>\$5</td> <td>25%</td> </tr> </table>	Generic	Brand	\$5	25%
Generic	Brand							
\$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 HealthDyne Specialty Pharmacy: <b>(800) 373-1879</b>	For mail-order, contact HealthDyne: <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 What you pay:	Non-Network Providers 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 2) Submit a claim to Davis 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; <i>no copay</i>	
Lenses	\$0	
Cosmetic Contacts (instead of glasses)	\$0 for Davis Vision Collection	
	\$150 allowance for other contacts; \$60 allowance for evaluation & fitting; <i>no copay</i>	
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 Non-Casinos  
Plan 202

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**

A partir de  
1/1/2026



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

### ¡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.*

## 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>
Obtenga <b>aprobación para ciertos beneficios de salud</b> <i>(si necesita un trasplante, también puede visitar <a href="http://uhh.org/transplant">uhh.org/transplant</a>)</i>	HealthCheck360	<b>(844) 462-7812</b>
Obtenga <b>ayuda médica las 24 horas, los 7 días de la semana</b> con nuestra línea de enfermería gratuita	HealthCheck360	<b>(855) 752 2370</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>	HealthDyne	<b>(844) 813-3860</b>
Ordenar de la <b>farmacia especializada</b>	HealthDyne 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	\$200/persona • \$400/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	\$918/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—Pueden aplicarse ciertos límites	\$0	No tiene cobertura
Proveedor de Cuidados Primarios (PCP)	<b>¡GRATIS en el Centro de Salud!</b>	50% después del deducible
Especialista	\$10 copago	
Salud Conductual	\$25 copago	
Abuso de Sustancias	\$10 copago	
Podología, Rutinarias—Hasta \$500/año calendario	\$0	
Podología, No Rutinarias	<b>¡GRATIS en el Centro de Salud!</b>	El Plan paga hasta \$25/visita
Acupuntura—Hasta 12 visitas por persona/año calendario	20% después del deducible	No tiene cobertura
	\$20 copago	50% después del deducible
<b>Servicios de Atención de Urgencia y de Emergencia</b>		
Centro de Atención de Urgencias	\$10 copago	50% después del deducible
Sala de Emergencias (ER)	\$100 copago y 15% después del deducible	
Ambulancia	\$130 copago/viaje	
<b>Servicios de Hospitalización</b>		
Cuidado Paleativo (Hospicio) o de Abuso de Substancias	\$0	50% después del deducible
Todos los Demás Cuidados—Hospital, centro de enfermería especializada, y centro residencial	15% 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.

### ¿Cómo inicio una autorización previa?

**Procedimientos médicos, pruebas y todos los procedimientos quirúrgicos ambulatorios en el hospital** — usted, un miembro de su familia o su médico deben llamar a HealthCheck360 al **(844) 462-7812**.

### Servicios de trasplante (incluyendo evaluación) y terapia CAR-T —

Usted DEBE utilizar la red Optum o Cigna LifeSOURCE; se requiere autorización previa; llame a HealthCheck360: **(844) 462-7812**.

### ¿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

Laboratorio	¡GRATIS en el Centro de Salud! (y en dos ubicaciones de Quest en Pennsylvania)		15% después del deducible	
Rayos X, ultrasonidos y monitorización fetal	¡GRATIS en el Centro de Salud!		No hospitalaria: \$25 copago/visita Hospital: \$100 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			No hospitalaria: \$85 copago/visita Hospital: \$310 copago/visita	50% después del deducible
Cirugía Ambulatoria	En el consultorio del proveedor		Vea visita de consultorio	
	AtlantiCare Surgery Center		\$0	
	Centro Quirúrgico Ambulatorio o Hospital		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			\$0	No tiene cobertura
<b>Servicios Selectos Cubiertos</b>				
Equipo Médico Duradero			20% después del deducible	No tiene cobertura
Servicios de Salud en el Hogar			\$0	
Cuidado Paleativo (Hospicio)			\$0	50% después del deducible
Estudios del Patrón del Sueño			20% después del deducible	
Ortopedia y Prótesis			20% después del deducible	50% después del deducible (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

### ¡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%							
<b>Medicamentos con receta y suministros no incluidos en el formulario</b>	No tiene cobertura, a menos que se apruebe una excepción	Para medicamentos especializados, llame al centro de salud o HealthDyne Specialty Pharmacy: (800) 373-1879	Para pedidos por correo, llame a HealthDyne: (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 2) Presentar un reclamo a Davis 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; <i>sin copago</i>	
Lentes	\$0	
Lentes de contacto cosméticos En vez de anteojos	\$0 por la colección de Davis Vision Asignación de \$150 para otros contactos; Asignación de \$60 para evaluación y ajuste; <i>sin copago</i>	
Imágenes de la retina	\$20 por examen	

## 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> (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)*
<b>Seguro de vida</b>	<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
<b>Muerte accidental y desmembramiento</b>	<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.