

Benefits at a Glance

Monterey Culinary Health Plan 175



Get your benefits app!

Download the UHH Member Portal to get 24/7 access to your benefits! Scan the QR code for:

- **Easy login**—use the same username and password as the member portal (or create an account)
- Instant access to your **medical ID cards**
- View **claims** and **eligibility** information



iPhone



Android

Eligibility or benefit questions?

- Call Member Services: **(855) 483-4373**
- Visit our website: uhh.org/175



Other important contact info

Medical (Blue Cross PPO) Find a network doctor near you	(800) 810-BLUE (2583) bcbsil.com/find-care/providers-in-your-network/find-a-doctor-or-hospital
Prior authorization (HealthCheck360) For transplant and CAR-T services	(844) 462-7812 uhh.org/transplant
For all other medical services	(844) 462-7812
Prescription Drugs (Hospitality Rx) Find a network pharmacy or get Rx prior authorization	(844) 813-3860 hospitalityrx.org
Mail order (HealthDyne)	(844) 813-3860 wellview.welldyne.com
Specialty drugs (HealthDyne Specialty Pharmacy)	(800) 373-1879 healthdynespecialty.com
Delta Dental of Illinois	(800) 323-1743 deltadentalil.com
Davis Vision	(800) 999-5431 davisvision.com
UNITE HERE HEALTH TTY Line	(855) 386-3889

New!

FREE CARE
(\$0 copays and no deductibles) at:

- **Santa Lucia Medical Group** (primary care)
1336 Natividad Rd.,
Salinas, (831) 754-4444
santalucia.com
- **Pacific Cancer Care**
(cancer treatment, including office visits, imaging, and chemo)
5 Harris Ct., Building T,
Suite 201, Monterey
(831) 375-4105
pacificcancercare.com

Nurse Advice Line

Get answers to your health questions anytime! Call HealthCheck360's FREE 24/7 nurse line: **(855) 752-2370**

Medical Benefits

Effective 11/1/2025

MEDICAL

Blue Cross PPO

	Network	Non-Network
Supplemental Accident Benefit	Plan pays 100% up to \$300 per accident; <i>Covered expenses over \$300 paid under the Medical benefits below</i>	
Annual Deductible (<i>Network/non-network combined</i>)	\$400 individual; \$1,200 family	
Office Visits and Labs	Network	Non-Network
Preventive Care (<i>Certain age and frequency limits may apply</i>)	\$0	Not covered
Primary Care and Mental Health/Substance Abuse	\$10 copay	50% after deductible
Specialty Care	\$40 copay	
X-ray and Laboratory Services	20% after deductible	50% after deductible
Outpatient Laboratory Services at Quest Diagnostics	\$0	N/A
Emergency and Urgent Care	Network	Non-Network
Urgent Care Center (<i>Doctors on Duty, MoGo Urgent Care</i>)	\$35 copay	50%
Emergency Room (<i>ER</i>)	20% after deductible	20% after deductible
Ambulance		
Inpatient Services	Network	Non-Network
Hospitalization	20% after deductible	50% after deductible
Skilled Nursing Facility (<i>60-day maximum per calendar year per person, network/non-network combined</i>)		
Outpatient Services	Network	Non-Network
Surgery	20% after deductible	50% after deductible
Physical, Occupational and Speech Therapy <i>60-visit maximum, including 30-visit maximum non-network, per calendar year per person (except as part of mental health or substance abuse treatment)</i>		
Select Covered Services	Network	Non-Network
Diabetes Education	\$0	Not covered
Nutrition Counseling		
Durable Medical Equipment and Oxygen Services	20% after deductible	20% after deductible
Podiatric Services (<i>No coverage for routine podiatry</i>)	20% after deductible	50% after deductible
Chiropractic Services (<i>Maximum of \$500 per calendar year per person, network/non-network combined</i>)		
Acupuncture		
Home Healthcare Services (<i>60-day maximum per calendar year per person, network/non-network combined</i>)		
Hospice Care	\$0	50% after deductible
Transplant (<i>including evaluation</i>) and CAR-T Therapy Services	You MUST use the Optum or Cigna LifeSOURCE network; <i>prior authorization is required—call HealthCheck360: (844) 462-7812</i>	
Most Other Covered Expenses	20% after deductible	50% after deductible
Out-of-Pocket Safety Net Spending Limit (<i>If your costs for most covered network charges reach the limit during a calendar year, most covered network expenses will be paid at 100% for the rest of that year; applies to certain medical deductibles, copays and coinsurance</i>)	\$6,350 per person; \$12,700 family	Not covered

Get free care!
See page 1

Rx and Additional Benefits

PRESCRIPTION DRUG Hospitality Rx		Your health fund manages your pharmacy and drug benefits directly under the name "Hospitality Rx."			
Formulary Prescription Drug Benefits		What you pay per prescription at network providers...			
		Retail Pharmacy up to a 34-day supply		Mail Order up to a 90-day supply	
Preventive Healthcare Drugs		\$0			
Generic and Some Brand Drugs	<i>ChroniCare drugs treat diabetes, high blood pressure, and high cholesterol and cost you less than other drugs.</i>	ChroniCare \$5	Other \$10	ChroniCare \$10	Other \$20
Preferred Drugs		ChroniCare \$10	Other \$30	ChroniCare \$20	Other \$60
Non-Preferred Drugs		\$50		\$100	
Select Specialty and Select Biosimilar Drugs*		Not covered		Generic \$20	Brand 25%
Non-Formulary Prescription Drugs and Supplies		Not covered, unless an exception is approved			
<p><i>*Current pharmacy benefit provider will actively manage and determine drugs in tier. Specialty drugs are only available through the specialty mail order pharmacy. 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 of the specialty pharmacy.</i></p>					

Mail Order Pharmacy

Your plan will send prescriptions straight to your mailbox and it costs less! To enroll, call HealthDyne Pharmacy (through Hospitality Rx) at (844) 813-3860.

DENTAL Delta Dental of Illinois (PPO)	What you pay...	
	Delta Dental PPO Dentist	Delta Dental Premier or Non-Network Dentist
Annual Deductible <i>(applies to Basic and Major Services)</i>	\$0/person; \$0/family	\$50/person; \$150/family
Annual Maximum	\$1500/person <i>(includes up to \$800 for Delta Dental Premier or non-network providers)</i>	

VISION Davis Vision — Covered once every calendar year	What you pay...	
	Network Providers	Non-Network Providers
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 and Premier levels in Davis Vision Collection	
	\$150 allowance for other frames plus 20% off balance	
Lenses	\$0	
Contacts <i>(instead of glasses)</i>	\$0 for Davis Vision Collection	
	\$150 allowance for other contacts plus 15% off balance; \$60 allowance for evaluation and fitting	
Retinal Imaging	\$20 per exam	Not covered

Additional Benefits *(continued)*

Preventive & Diagnostic <i>(such as routine cleanings and x-rays)</i>	\$0		20%	
			Sample Premier pricing — Cleaning: \$16.40	
Basic Services <i>(such as fillings, root canals, and extractions)</i>	\$0 for fillings	20% for all other basic services	30%	
			Sample Premier pricing — Filling: \$43.20	
Major Restorative Services <i>(such as implants and crowns)</i>	50%		60%	
	Sample PPO pricing — Crown: \$321.50		Sample Premier pricing — Crown: \$548.40	
A note about billing	PPO dentists CAN'T bill you for the difference between Delta's allowed fee and the dentist's submitted charge		Premier dentists CAN'T bill you for the difference	Non-network dentists CAN bill you for the difference
<i>Sample pricing above is for estimating purposes only and is subject to change</i>				
HEARING AID <i>Covered every 3 calendar years</i>	<p>\$3,000 max reimbursement for prescription hearing aids <i>(device only; exam covered by your medical benefit)</i>;</p> <p>Email an itemized receipt along with completed claim form to claims@uhh.org <i>(find form online at uhh.org in the "Forms" section of your plan page)</i>. We're always careful with your personal information but emails are not always private or secure—keep this in mind before emailing.</p>			
LIFE AND AD&D INSURANCE	What the Plan Pays...			
Life Insurance				
Active employees	\$10,000			
Dependents of active employees	<i>Children under age 6 months</i> \$3,000	<i>Spouses and children age 6 months and older</i> \$10,000		
AD&D Insurance <i>(for active employees only)</i>	\$10,000			

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 (855) 483-4373.

Resumen de Beneficios

Monterey Culinary Health Plan 175

UNITE **HERE**
HEALTH
Su Fondo de Salud. **Con Local 483**

¡Obtenga su aplicación de beneficios!

Descargue el Portal de Miembros de UHH para obtener acceso las 24 horas, los 7 días de la semana a sus beneficios! Escanear el código QR para:

- **Inicio de sesión fácil:** use el mismo nombre de usuario y contraseña que el portal de miembros (o cree una cuenta)
- Acceso instantáneo a sus **tarjetas de identificación médica**
- Puede ver información sobre **reclamos y elegibilidad**



iPhone



Android

¿Tiene preguntas sobre elegibilidad o beneficios?

- Llame a Servicios a los Miembros: **(855) 483-4373**
- Visite nuestro sitio web: www.uhh.org/175



¡Nuevo!

ATENCIÓN GRATUITA
(\$0 copagos y sin deducibles) en:

- **Santa Lucia Medical Group** (atención primaria)
1336 Natividad Rd.,
Salinas, (831) 754-4444
santalucia.com
- **Pacific Cancer Care**
(tratamiento contra el cáncer, incluyendo visitas al consultorio y quimioterapia)
5 Harris Ct., Building T,
Suite 201, Monterey
(831) 375-4105
pacificcancer.com

Otra información de contacto importante

Médico (Blue Cross PPO) ¡Encuentre un médico de la red cerca de usted!	(800) 810-BLUE (2583) bcbsil.com/find-care/providers-in-your-network/find-a-doctor-or-hospital
Autorización previa (HealthCheck360) Para servicios de trasplante y CAR-T	(844) 462-7812 uhh.org/transplant
Para todos los demás servicios médicos	(844) 462-7812
Medicamentos recetados (Hospitality Rx) Busque una farmacia de la red u obtenga autorización previa para farmacia	(844) 813-3860 hospitalityrx.org
Pedidos por correo postal (HealthDyne)	(844) 813-3860 wellview.welldyne.com
Medicamentos especializados (HealthDyne Specialty Pharmacy)	(800) 373-1879 healthdynespecialty.com
Delta Dental of Illinois	(800) 323-1743 deltadentalil.com
Davis Vision	(800) 999-5431 davisvision.com
UNITE HERE HEALTH línea TTY	(855) 386-3889

Línea de asesoramiento de enfermera

Obtenga respuestas a sus preguntas sobre salud, ¡en cualquier momento! Llame a la línea de enfermería GRATUITA 24/7 de HealthCheck360: **(855) 752-2370**

Beneficios Médicos

A partir del 1 de noviembre de 2025

MÉDICO

Blue Cross PPO

	Dentro de la red	Fuera de la red
Beneficio complementario por accidente	El plan paga el 100 % hasta \$300 por accidente <i>Los gastos cubiertos superiores a \$300 se pagan según los beneficios médicos que se indican a continuación</i>	
Deducible anual (Red/fuera de la red combinada)	\$400 individual; \$1,200 familia	
Visitas a la Clínica y Laboratorios	Dentro de la red	Fuera de la red
Atención preventivo (pueden aplicarse ciertos límites de edad y frecuencia)	\$0	No tiene cobertura
Atención primaria y tratamiento de salud mental/abuso de sustancias	Copago de \$10	50% después del deducible
Atención especializada	Copago de \$40	
Radiografías y servicios de laboratorio	20% después del deducible	50% después del deducible
Servicios de laboratorio para pacientes ambulatorios en Quest Diagnostics	\$0	No corresponde
Servicios de Emergencia y Atención de Urgencias	Dentro de la red	Fuera de la red
Centro de Urgencias (Doctors on Duty, MoGo Urgent Care)	Copago de \$35	50%
Sala de Emergencias (ER)	20% después del deducible	20% después del deducible
Ambulancia		
Servicios con Hospitalización	Dentro de la red	Fuera de la red
Hospitalización	20% después del deducible	50% después del deducible
Instalación de Enfermería Especializada (Máximo de 60 días, por persona, por año calendario, red/fuera de la red combinada)		
Servicios Ambulatorios	Dentro de la red	Fuera de la red
Cirugía	20% después del deducible	50% después del deducible
Terapia física, ocupacional y del habla <i>Máximo de 60 visitas, incluyendo un máximo de 30 visitas fuera de la red, por año por persona (excepto como parte de un tratamiento de salud mental o abuso de sustancias)</i>		
Servicios con Cobertura Selectos	Dentro de la red	Fuera de la red
Educación Sobre la Diabetes	\$0	No tiene cobertura
Asesoría Sobre Nutrición		
Servicios de equipos médicos duraderos y de oxígeno	20% después del deducible	20% después del deducible
Servicios podiátricos (No hay cobertura para cuidados de rutina)	20% después del deducible	50% después del deducible
Servicios quiroprácticos (Por visita, un máximo de \$500 dólares por año calendario, por persona, red/fuera de la red combinados)		
Acupuntura		
Servicios de cuidados domiciliarios de salud (Máximo de 60 días por año calendario por persona, red/fuera de la red combinados)		
Cuidados de hospicio	\$0	50% después del deducible
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	
Mayoría de otros gastos cubiertos	20% después del deducible	50% después del deducible
Límite de gastos directos (Si el costo de los gastos incurridos, para la mayoría de los servicios médicos en red que tienen cobertura, llegara al límite durante un año calendario, dichos gastos se pagarán al 100% por el resto de ese año; se aplica a ciertos deducibles médicos, co-pagos y co-seguro)	\$6,350 por persona; \$12,700 familiar	No tiene cobertura

¡Obtenga atención gratuita!
Ver página 1

Prescripciones y Beneficios Adicionales

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Hospitality Rx

Su fondo de salud manejará directamente sus beneficios farmacéuticos y demedicamentos prescritos bajo el nombre de "Hospitality Rx."

Beneficios de medicamentos recetados del formulario		Lo que paga por receta en los proveedores de la red...			
		Farmacia minorista hasta un suministro de 34 días		Farmacia de pedidos por correo postal hasta un suministro de 60 días	
Medicamentos de salud preventiva		\$0			
Medicamentos genéricos y algunos de marca	Los medicamentos ChroniCare tratan la diabetes, la presión arterial alta y el colesterol alto y cuestan menos que otros medicamentos.	ChroniCare \$5	Otros \$10	ChroniCare \$10	Otros \$20
Medicamentos de preferencia		ChroniCare \$10	Otros \$30	ChroniCare \$20	Otros \$60
Medicamentos que no sean de preferencia		\$50		\$100	
Medicamentos especializados selectos y biosimilares selectos*		No cubiertos		Genéricos \$20	De marca 25%
Medicamentos y suministros recetados que no se encuentran en el formulario		No cubiertos, a menos que se apruebe una excepción			
*El proveedor actual de beneficios de farmacia 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. 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 en vez de la farmacia especializada.					

Mail Order Pharmacy

¡Su plan enviará medicamentos directamente a su buzón y cuesta menos! Para inscribirse, llame a HealthDyne Pharmacy (a través de Hospitality Rx) al (844) 813-3860.

VISIÓN

Davis Vision — Cubierto una vez por año calendario

	Lo que Usted Paga...		
	Proveedores dentro de la red	Proveedores fuera de la red	
Exámenes de la vista	\$0		
Aros	\$0 para los niveles de Moda, Diseñador y Premier en la colección de Davis Vision	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 (marcos, lentes o lentes de contacto)	
	Asignación de \$150 para otros marcos más 20% de descuento en el saldo		
Lentes	\$0		
Lentes de contacto cosméticos (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		
Imágenes de la retina	\$20 por examen	No está cubierto	

Beneficios Adicionales (continuación)

DENTAL Delta Dental of Illinois (PPO)	Lo que Usted Paga...		
	Dentista de Delta Dental PPO		Delta Dental Premier o dentista fuera de la red
Deducible Anual (aplica a Servicios Básicos y Mayores)	\$0/persona; \$0/familia		\$50/persona; \$150/familia
Máximo anual	\$1500/persona (incluye hasta \$800 para Delta Dental Premier o proveedores fuera de la red)		
Preventivo y de diagnóstico (como limpiezas de rutina y radiografías)	\$0		20% Ejemplo de precios Premier — Limpieza: \$16.40
Servicios básicos (como empastes, endodoncias y extracciones)	\$0 por em- pastes	20% para todos los demás servi- cios básicos	30% Ejemplo de precios Premier — Empastes: \$43.20
Servicios de restauración mayor (como implantes y coronas)	50% Ejemplo de precios de PPO — Corona: \$321.50		60% Ejemplo de precios Premier — Corona: \$548.40
Una nota sobre la facturación	Los dentistas de PPO NO pueden facturarle la diferencia entre la tarifa permitida de Delta y el cargo presentado por el dentista		Los dentistas Premier NO pueden facturarle por la diferencia
			Los dentistas fuera de la red PUEDEN facturarle la diferencia
Los precios de muestra anteriores son solo para fines de estimación y están sujetos a cambios			
APARATOS AUDITIVOS Cubierto cada 3 años calendario	<p>Reembolso máximo de \$3,000 para aparatos auditivos recetados (solo dispositivo; el examen está cubierto por su beneficio médico);</p> <p>Envíe por correo electrónico un recibo detallado junto con un formulario de reclamo completo a claims@uhh.org (encuentre un formulario en línea en uhh.org en la sección "Formularios" de la página de su plan). Siempre somos cuidadosos con su información personal, pero los correos electrónicos no siempre son privados o seguros; tenga esto en cuenta antes de enviarlos.</p>		
SEGURO DE VIDA, MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO	Lo que el plan paga...		
Seguro de Vida			
Empleados Activos	\$10,000		
Dependientes de empleados activos	Niños menoes de 6 meses \$3,000	Cónyuges y niños de 6 meses de edad o más \$10,000	
Seguro AD&D (únicamente para empleados activos)	\$10,000		

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 (855) 483-4373.