

# 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](http://uhh.org/175)



## New!

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

- **Santa Lucia Medical Group** (primary care)  
 1336 Natividad Rd.,  
 Salinas, (831) 754-4444  
[santalucia.com](http://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](http://pacificcancercare.com)

## Other important contact info

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

## Nurse Advice Line

Get answers to your health questions anytime! Call HealthCheck360's FREE 24/7 nurse line: **(866) 823-9827**

# Medical Benefits

Effective 4/1/2025

## 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, Massage, and Speech Therapy <i>60-visit maximum, including 30-visit maximum non-network, per calendar year per person</i>		
Select Covered Services	Network	Non-Network
Diabetes Education	\$0	Not covered
Nutrition Counseling ( <i>Maximum of \$200 per calendar year per person</i> )		
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	Network	Non-Network
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> )	20% after deductible	50% after deductible
	\$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

*ChroniCare drugs treat diabetes, high blood pressure, and high cholesterol and cost you less than other drugs.*

**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

*\*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.*

### Ways to save money

#### Mail Order Pharmacy —

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

#### Diabetic Supplies — If you need a new glucometer, get one for FREE (every 12 months\*):

- *OneTouch (by LifeScan):* Take your glucometer Rx to a network pharmacy; bring the following info: **BIN:** 601341, **RxPCN:** OHS, **Group ID#:** OH6504161, **ID#:** NOCHARGEMETR
- *FreeStyle (by Abbott):* [www.ChooseFreeStyle.com](http://www.ChooseFreeStyle.com) or (800) 680-6850 (Order code: RAFITLWP)

*Manufacturer program details like glucometer model, order code, and other details may change from time to time. Visit [www.hospitalityrx.org](http://www.hospitalityrx.org) for the most current information.*

*\* The manufacturers will provide 1 free glucometer every 36 months. If you need a glucometer sooner than the manufacturer allows, call Hospitality Rx at (844) 484-4726 or visit [www.hospitalityrx.org](http://www.hospitalityrx.org).*

## VISION

Davis Vision — Covered once every calendar year

### What you pay...

#### Network Providers

#### Non-Network Providers

Eye Exams

\$0

Frames

\$0 for Fashion, Designer and Premier levels in Davis Vision Collection

\$150 allowance for other frames plus 20% off balance

- 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

Lenses

\$0

Contacts  
(instead of glasses)

\$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)*

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>		
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% Sample PPO pricing — Crown: \$321.50		60% Sample Premier pricing — Crown: \$548.40
A note about billing	PPO dentists <b>CAN'T</b> bill you for the difference between Delta's allowed fee and the dentist's submitted charge		Premier dentists <b>CAN'T</b> bill you for the difference Non-network dentists <b>CAN</b> 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>	\$3,000 max reimbursement for prescription hearing aids <i>(device only; exam covered by your medical benefit)</i> ; Email an itemized receipt along with completed claim form to <a href="mailto:claims@uhh.org">claims@uhh.org</a> <i>(find form online at <a href="http://uhh.org">uhh.org</a> 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.		
LIFE AND AD&D INSURANCE	What the Plan Pays...		
<b>Life Insurance</b>			
Active employees	\$10,000		
Dependents of active employees	Children under age 6 months \$3,000	Spouses and children age 6 months and older \$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**

## ¿Tiene preguntas sobre elegibilidad o beneficios?

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



iPhone



Android



## ¡Nuevo!

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

- **Santa Lucia Medical Group** (atención primaria)  
1336 Natividad Rd.,  
Salinas, (831) 754-4444  
[santalucia.com](http://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](http://pacificcancer.com)

## Otra información de contacto importante

<b>Médico</b> (Blue Cross PPO) ¡Encuentre un médico de la red cerca de usted!	(800) 810-BLUE (2583) <a href="http://bcbsil.com/find-care/providers-in-your-network/find-a-doctor-or-hospital">bcbsil.com/find-care/providers-in-your-network/find-a-doctor-or-hospital</a>
<b>Autorización previa</b> (HealthCheck360) Para servicios de trasplante y CAR-T	(844) 462-7812 <a href="http://uhh.org/transplant">uhh.org/transplant</a>
Para todos los demás servicios médicos	(844) 462-7812
<b>Medicamentos recetados</b> (Hospitality Rx) Busque una farmacia de la red u obtenga autorización previa para farmacia	(844) 813-3860 <a href="http://hospitalityrx.org">hospitalityrx.org</a>
Pedidos por correo postal (WellDyneRx)	(844) 813-3860 <a href="http://wellview.welldyne.com">wellview.welldyne.com</a>
Medicamentos especializados (WellDyne Specialty Pharmacy)	(800) 373-1879 <a href="http://welldynespecialty.com">welldynespecialty.com</a>
<b>Delta Dental of Illinois</b>	(800) 323-1743 <a href="http://deltadentalil.com">deltadentalil.com</a>
<b>Davis Vision</b>	(800) 999-5431 <a href="http://davisvision.com">davisvision.com</a>
<b>UNITE HERE HEALTH línea TTY</b>	(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: **(866) 823-9827**

# Beneficios Médicos

A partir del 1 de abril 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 ( <i>Red/fuera de la red combinada</i> )	\$400 individual; \$1,200 familia	
<b>Visitas a la Clínica y Laboratorios</b>	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
Atención preventivo ( <i>pueden aplicarse ciertos límites de edad y frecuencia</i> )	\$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
<b>Servicios de Emergencia y Atención de Urgencias</b>	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
Centro de Urgencias ( <i>Doctors on Duty, MoGo Urgent Care</i> )	Copago de \$35	50%
Sala de Emergencias ( <i>ER</i> )	20% después del deducible	20% después del deducible
Ambulancia		
<b>Servicios con Hospitalización</b>	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
Hospitalización	20% después del deducible	50% después del deducible
Instalación de Enfermería Especializada ( <i>Máximo de 60 días, por persona, por año calendario, red/fuera de la red combinada</i> )		
<b>Servicios Ambulatorios</b>	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
Cirugía	20% después del deducible	50% después del deducible
Terapia física, ocupacional, de masajes y del habla ( <i>máximo de 60 visitas, incluyendo un máximo de 30 visitas fuera de la red, por año por persona</i> )		
<b>Servicios con Cobertura Selectos</b>	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
Educación Sobre la Diabetes	\$0	No tiene cobertura
Asesoría Sobre Nutrición ( <i>Máximo de \$200 por persona, por año calendario</i> )		
Servicios de equipos médicos duraderos y de oxígeno	20% después del deducible	20% después del deducible
Servicios podiátricos ( <i>No hay cobertura para cuidados de rutina</i> )	20% después del deducible	50% después del deducible
Servicios quiroprácticos ( <i>Por visita, un máximo de \$500 dólares por año calendario, por persona, red/fuera de la red combinados</i> )		
Acupuntura		
Servicios de cuidados domiciliarios de salud ( <i>Máximo de 60 días por año calendario por persona, red/fuera de la red combinados</i> )		
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	
<b>Mayoría de otros gastos cubiertos</b>	20% después del deducible	50% después del deducible
Límite de gastos directos ( <i>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</i> )	\$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 <b>ChroniCare</b> tratan la diabetes, la presión arterial alta y el colesterol alto y cuestan menos que otros medicamentos.	<b>ChroniCare</b> \$5	Otros \$10	<b>ChroniCare</b> \$10	Otros \$20
Medicamentos de preferencia		<b>ChroniCare</b> \$10	Otros \$30	<b>ChroniCare</b> \$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.

### Maneras de ahorrar dinero

#### Mail Order Pharmacy —

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

#### Suministros para Diabéticos — Si necesita un nuevo glucómetro, obtenga uno GRATIS (cada 12 meses\*):

- OneTouch (por LifeScan): **BIN:** 601341, **RxPCN:** OHS, **Group ID#:** OH6504161, **ID#:** NOCHARGEMETR
- FreeStyle (por Abbott): [choosefreestyle.com](http://choosefreestyle.com) o (800) 680-6850 (Código de pedido: RAFITLWP)

Los detalles del programa del fabricante, como el modelo del glucómetro, el código de pedido y otros detalles, pueden cambiar de vez en cuando. Visite [www.hospitalityrx.org](http://www.hospitalityrx.org) para obtener la información más actualizada.

\* Los fabricantes proporcionarán un glucómetro gratis cada 36 meses. Si necesita un glucómetro antes de lo que permite el fabricante, llame a Hospitality Rx al (844) 484-4726 o visite [www.hospitalityrx.org](http://www.hospitalityrx.org).

## VISIÓN

Davis Vision — Cubierto una vez por año calendario

### Lo que Usted Paga...

	Lo que Usted Paga...	
	Proveedores dentro de la red	Proveedores 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 (marcos, lentes o lentes de contacto)
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	
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 <b>NO</b> pueden facturarle la diferencia entre la tarifa permitida de Delta y el cargo presentado por el dentista		Los dentistas Premier <b>NO</b> pueden facturarle por la diferencia Los dentistas fuera de la red <b>PUEDEN</b> facturarle la diferencia
Los precios de muestra anteriores son solo para fines de estimación y están sujetos a cambios			
<b>APARATOS AUDITIVOS</b> Cubierto cada 3 años calendario	Reembolso máximo de \$3,000 para aparatos auditivos recetados (solo dispositivo; el examen está cubierto por su beneficio médico); Envíe por correo electrónico un recibo detallado junto con un formulario de reclamo completo a <a href="mailto:claims@uhh.org">claims@uhh.org</a> (encuentre un formulario en línea en <a href="http://uhh.org">uhh.org</a> 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.		
<b>SEGURO DE VIDA, MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO</b>	Lo que el plan paga...		
<b>Seguro de Vida</b>			
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	
<b>Seguro AD&amp;D</b> (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.