

Benefits at a Glance

Monterey Culinary Health Plan (Plan Unit 175)



UNITE HERE HEALTH

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

www.uhh.org/175 • (855) 483-4373

Call Member Services if you have eligibility or benefit questions!



iPhone



Android



Nurse Advice Line

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

Other important contact info

<p>Medical (Blue Cross PPO) Find a network doctor near you</p>	<p>(800) 810-BLUE (2583) bcbsil.com/find-care/providers-in-your-network/find-a-doctor-or-hospital</p>
<p>Prior authorization (HealthCheck360) You must call for prior authorization of certain services and treatments (including but not limited to inpatient admissions, durable medical equipment rentals or purchases over \$500, travel and lodging, and certain outpatient surgeries or diagnostic imaging procedures)</p>	<p>(844) 462-7812</p>
<p>Prescription Drugs (Hospitality Rx) Find a network pharmacy or get Rx prior authorization</p>	<p>(844) 813-3860 hospitalityrx.org</p>
<p>Mail order (WellDyneRx)</p>	<p>(844) 813-3860 wellview.welldyne.com</p>
<p>Specialty drugs (WellDyne Specialty Pharmacy)</p>	<p>(800) 373-1879 welldynespecialty.com</p>
<p>Delta Dental of Illinois</p>	<p>(800) 323-1743 deltadentalil.com</p>
<p>Davis Vision</p>	<p>(800) 999-5431 davisvision.com</p>
<p>UNITE HERE HEALTH TTY Line</p>	<p>(855) 386-3889</p>

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**.

Medical Benefits

Effective January 2024

MEDICAL

Blue Cross PPO

What you pay...

	Network	Non-Network
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 and Specialty Care	\$25 copay	50% after deductible
Mental Health/Substance Abuse		
X-ray and Laboratory Services	20%	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>	\$25 copay	50%
Emergency Room (ER)	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 (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
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

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	\$10	\$20	
Preferred Drugs	\$25	\$50	
Non-Preferred Drugs	\$40	\$80	
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 (covered every 12 months*):

- OneTouch (by LifeScan): www.OneTouch.orderpoints.com or (800) 668-7148 (Order code: 573EXP333)
- FreeStyle (by Abbott): www.ChooseFreeStyle.com or (866) 224-8892 (Order code: RAFITLWP)

Program details like glucometer model or order code may change from time to time. Visit www.hospitalityrx.org for the most current information.

* Manufacturers will provide 1 free glucometer every 36 months. If you need one sooner than that, visit www.hospitalityrx.org or call (844) 484-4726.

DENTAL

Delta Dental of Illinois (PPO)

What you pay...

Delta Dental PPO Dentist	Delta Dental Premier or Non-Network Dentist	
	Annual Deductible (applies to Basic and Major Services)	\$0/person; \$0/family
Annual Maximum	\$1500/person (includes up to \$800 for Delta Dental Premier or non-network providers)	
Preventive & Diagnostic (such as routine cleanings and x-rays)	\$0	20%
		Sample Premier pricing — Cleaning: \$16.40
Basic Services (such as fillings, root canals, and extractions)	\$0 for fillings 20% for all other basic services	30%
		Sample Premier pricing — Filling: \$43.20
Major Restorative Services (such as implants and crowns)	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

Sample pricing above is for estimating purposes only and is subject to change

Additional Benefits *(continued)*

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

Lenses *(For extras such as tinting, scratch resistance, polycarbonate, progressive and blue light, check with Davis or your doctor to see how much you'll pay)*

\$0
(single, bi-focal, and trifocal lenses)

Contacts
(instead of glasses)

\$0 for Davis Vision Collection

\$150 allowance for other contacts plus 15% off balance; \$60 allowance for evaluation and fitting

- 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

Retinal Imaging *(disease screening)*

\$20 per exam

Not covered

HEARING AID

Covered every 3 calendar years

\$3,000 max reimbursement for prescription hearing aids *(device only; exam covered by your medical benefit)*;

Email an itemized receipt along with completed claim form to claims@uhh.org *(find form online at uhh.org in the "Forms" section of your plan page)*. 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...

Life Insurance

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 *(for active employees only)*

\$10,000

Resumen de Beneficios

Monterey Culinary Health Plan (Plan Unit 175)



UNITE HERE HEALTH

¡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**

www.uhh.org/175 • (855) 483-4373

¡Llame a Servicios a los miembros si tiene preguntas sobre elegibilidad o los beneficios!



iPhone



Android



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**

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)

Debe solicitar autorización previa de ciertos tratamientos y servicios (incluido pero no limitado a admisiones hospitalarias, alquileres o compras de equipos médicos duraderos superiores a \$500, viajes y alojamiento y cierto cirugías ambulatorias o procedimientos de diagnóstico por imágenes)

(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 (WellDyneRx)

(844) 813-3860

wellview.welldyne.com

Medicamentos especializados (Welldyne Specialty Pharmacy)

(800) 373-1879

welldynespecialty.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

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**.

Beneficios Médicos

Vigente enero de 2024

MÉDICO

Blue Cross PPO

Lo que Usted Paga...

	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible anual <i>(Red/fuera de la red combinada)</i>	\$400 individual; \$1,200 familia	
Visitas a la Clínica y Laboratorios	Dentro de la red	Fuera de la red
Atención Preventivo <i>(Pueden aplicarse ciertos límites de edad y frecuencia)</i>	\$0	No tiene cobertura
Atención primaria y atención especializada	Copago de \$25	50% después del deducible
Tratamiento de Salud Mental/Abuso de Sustancias		
Radiografías y servicios de laboratorio	20%	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 <i>(Doctors on Duty, MoGo Urgent Care)</i>	Copago de \$25	50%
Sala de Emergencias <i>(ER)</i>	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 <i>(Máximo de 60 días, por persona, por año calendario, red/fuera de la red combinada)</i>		
Servicios Ambulatorios	Dentro de la red	Fuera de la red
Cirugía	20% después del deducible	50% después del deducible
Terapia física, ocupacional, de masajes y del habla <i>(Calendario un máximo de 60 visitas (un máximo de 30 visitas fuera de la red) por año por persona)</i>		
Servicios con Cobertura Selectos	Dentro de la red	Fuera de la red
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>	\$0	50% después del deducible
Cuidados de hospicio		
Mayoría de otros gastos cubiertos	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

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	\$10	\$20	
Medicamentos de preferencia	\$25	\$50	
Medicamentos que no sean de preferencia	\$40	\$80	
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:

- OneTouch (por LifeScan): onetouch.orderpoints.com o (800) 668-7148 (Código de pedido: 573EXP333)
- FreeStyle (por Abbott): choosefreestyle.com o (866) 224-8892 (Código de pedido: RAFITLWP)

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 ser- vicios básicos	30%	
			Ejemplo de precios Premier — Empastes: \$43.20	
Servicios de restauración mayor (como implantes y coronas)	50%		60%	
	Ejemplo de precios de PPO — Corona: \$321.50		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

Beneficios Adicionales (continuación)

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 (Para extras como tintado, resistencia a los rayones, policarbonato, luz progresiva y azul, consulte con Davis o con su médico para ver cuánto pagará)	\$0 (lentes simples, bifocales y trifocales)	
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 (detección de enfermedades)	\$20 por examen	No está cubierto
APARATOS AUDITIVOS 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 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.	
SEGURO DE VIDA, MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO	Lo que el plan paga...	
Seguro de Vida		
Empleados Activos	\$10,000	
Dependientes de empleados activos	Niños menores 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	