

Benefits at a Glance

Midwest Casino Plan 116

Effective 6/1/23

Where to get FREE care:

HealthLinc Community Health Centers

- FREE primary care throughout Northern Indiana
- Visit <https://healthlincchc.org> for locations

Free prescriptions

Walgreens

- 2500 Grant St., Gary IN | (219) 949-1055
- 101 Hwy 20, Michigan City, IN | (219) 879-9650

UNITE HERE HEALTH—Chicago Health Center

- FREE primary care and pharmacy services
- Located at 218 S. Wabash Ave., 4th floor (same building as the Fund and union offices)
- Primary care: (312) 768-5500
- Pharmacy: (312) 736-3397
- www.uhh.org/chc



UNITE HERE HEALTH: Your health fund!
www.uhh.org • (800) 419-HERE (4373)

Available 8:30 AM to 4:30 PM

218 S. Wabash Ave., 4th floor, Chicago, IL 60604

Go with the Green!

The Fund has “Green” network of providers to save you more money! You usually pay less out-of-pocket when you use a provider in the Green network. It includes:

- Ascension Illinois
- AdventHealth
- Saint Anthony Hospital in Chicago
- Little Company of Mary Hospital in Evergreen Park

Find a Green provider:
www.uhh.org/doctors

Stick with the Blue!

Your out-of-pocket costs are lowest if you use the Green network. But you can still stay in-network by using a BlueCross BlueShield (BCBS) provider.

- **If you work in Illinois:** You and your dependents must use a **BlueChoice** network provider to stay in-network when you get care in Illinois.
- **If you work in Indiana (or any state other than Illinois):** Your Blue network is the **BCBSIL PPO** if you get care in Illinois.
- **If you or your dependents need care outside of Illinois:** you must use a **BCBS BlueCard PPO** provider to stay in-network.

Stay away from the Red!

If you don't use a Green or Blue network provider for your and your dependents' healthcare, the Fund usually pays nothing. You have to pay the entire bill (100%). Don't let that happen to your family — go with the Green or stick with the Blue!

Except in emergencies or as otherwise required by federal law, the Plan generally does not cover non-network care.

(See inside for exceptions)

UNITE HERE
HEALTH

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 (800) 419-4373.

Medical Benefits	At Green Network providers, you pay...		At Blue Network providers, you pay... *		At non-network providers, you pay...
Deductible	None		None		None
Out-of-Pocket Spending Limit	\$5,000 person & \$10,000 family				None
UNITE HERE HEALTH – Chicago Health Center HealthLinc Community Health Centers in Indiana					
Primary care, associated lab services, and certain other available care	\$0		\$0		Not applicable
Office Visits					
Preventive Care	\$0		\$0		Not covered (except \$0 copay for breast pumps)
Primary Care (PCP) Visit	\$0		\$40/visit		Not covered
Specialist Visit	\$20/visit		\$60/visit		Not covered
Mental Health/Substance Abuse Office Visit	\$0		\$40/visit		Not covered
Chiropractic (limited to 24 visits/year)	\$10/visit		\$40/visit		Not covered
Acupuncture (limited to 12 visits/year)	\$10/visit		\$40/visit		Not covered
Routine Podiatry (limited to 4 visits/year)	\$20/visit		\$40/visit		Not covered
Non-Routine Podiatry Office Visits	\$20/visit		\$40/visit		Not covered
Allergy Injections in an Office (if no office visit is charged)	\$0		\$0		Not covered
Emergency & Urgent Care					
Urgent Care Center (UCC)	\$30/visit		\$40/visit		Not covered
Emergency Room Services (copay waived if admitted)	\$350/visit		\$400/visit		\$400/visit
Ambulance (copay waived if admitted)	\$100/trip		\$100/trip		\$100/trip
Lab & Imaging Services (If not part of office visit)					
Laboratory Services	<i>Non-hospital</i>	<i>Hospital</i>	<i>Non-hospital</i>	<i>Hospital</i>	\$20/visit for independent non-hospital labs only; otherwise not covered
	\$20/visit	\$100/visit	\$20/visit	\$100/visit	
Radiology (x-ray, ultrasound, fetal monitoring)	<i>Office/non-hospital</i>	<i>Hospital outpatient</i>	<i>Office/non-hospital</i>	<i>Hospital outpatient</i>	Not covered
	\$30/visit	\$100/visit	\$50/visit	\$100/visit	
Cardiac Testing, Diagnostic Imaging (CT, MRI, PET)	<i>Office/non-hospital</i>	<i>Hospital outpatient</i>	<i>Office/non-hospital</i>	<i>Hospital outpatient</i>	Not covered
	\$200/visit	\$400/visit	\$300/visit	\$500/visit	
Outpatient Services					
Outpatient Surgery	<i>Non-hospital</i>	<i>Hospital</i>	<i>Non-hospital</i>	<i>Hospital</i>	Not covered
	\$150/visit	\$300/visit	\$300/visit	\$600/visit	
Physical/Speech/Occupational Therapy (limited to 30 visits/year for speech therapy, and 60 visits for physical and occupational therapy combined)	<i>Office/non-hospital</i>	<i>Hospital outpatient</i>	<i>Office/non-hospital</i>	<i>Hospital outpatient</i>	Not covered
	\$20/visit	Not covered	\$30/visit	Not covered	
Kidney Dialysis, Chemotherapy or Infusion Medication	<i>Non-hospital</i>	<i>Hospital outpatient</i>	<i>Non-hospital</i>	<i>Hospital outpatient</i>	Not covered
	\$20/visit	\$40/visit	\$30/visit	\$60/visit	
Radiation Therapy	<i>Non-hospital</i>	<i>Hospital outpatient</i>	<i>Non-hospital</i>	<i>Hospital outpatient</i>	Not covered
	\$20/visit	\$40/visit	\$30/visit	\$60/visit	
Partial Hospitalization, Intensive Outpatient, and Ambulatory Detoxification	\$20/day		\$20/day		\$20/day

* **If you work in Illinois:** You must use the **BCBS BlueChoice** network to stay in network. **If you work in Indiana (or any state other than Illinois):** You must use the **BCBS PPO** network to stay in network. **You have access to both the Green and Blue networks. You do NOT need to make a network selection.** The Plan's benefit payments are based on allowable charges. You may be responsible for the difference between the plan's payment and the provider's billed charges when you use a non-network provider.

Medical Benefits	At Green Network providers, you pay...	At Blue Network providers, you pay... *	At non-network providers, you pay...	
Inpatient Services				
Hospitalization <i>(including mental health/substance abuse)</i>	\$150/day <i>(maximum \$450/admission)</i>	\$300/day <i>(maximum \$1,200/admission)</i>	Until you are stabilized	After you are stabilized
			\$300/day for emergency admissions <i>(maximum \$1,200/admission)</i>	Not covered
Skilled Nursing Facility Care	\$50/day	\$100/day	Not covered	
Other Care and Expenses				
Diabetes Education	\$0	\$0	Not covered	
Nutrition Counseling <i>(limited to 4 visits/year)</i>	\$0	\$0	Not covered	
Podiatric Orthotics <i>(limited to \$500/24 months)</i>	\$0	\$20	Not covered	
Home Health Care <i>(limited to 60 visits/year)</i>	\$20/visit	\$20/visit	Not covered	
Hospice Care	\$0	\$0	Not covered	
Sleep Studies	\$100/visit	\$150/visit	Not covered	
Durable Medical Equipment	30%	30%	Not covered	
Habilitative Therapy for Children with ASD <i>(limited to 30 hours/week and for ages 2–8)</i>	\$20/day	\$20/day	Not covered	
Medical Foods for Inborn Errors of Metabolism	Plan reimburses up to 100%			
Transportation and Lodging for Certain Serious Medical Conditions	Plan reimburses 100% up to \$10,000 per episode of care, including up to \$200 per day for lodging and up to \$50 per day for meal expenses			
All Other Covered Expenses	20%	20%	Not covered	

Mandatory Prior Authorization

You or your healthcare provider must call HealthCheck360 at **(844) 462-7812** before you get any of the types of care listed below. If you don't, your claim may be denied.

- Air ambulance transport services (non-emergency)
- Any inpatient admission, regardless of the type of facility or care, including but not limited to:
 - skilled nursing facility care, hospice care, acute rehabilitation care, long-term acute facility care, and residential treatment
 - maternity admissions following 48 hours for a vaginal delivery and 96 hours following a Cesarean delivery
 - elective Cesarean section (C-section) admissions under 38 weeks
- Bariatric surgery (including but not limited to gastric bypass and banding procedures)
- Blepharoplasty
- Chemotherapy
- Clinical trials
- Diagnostic imaging services as follows:
 - CT, CTA, and CAT scans (computed tomography scintiscan or computerized axial tomography scintiscan)
 - MRA and MRI (magnetic resonance angiography or magnetic resonance imaging)
 - PET scan (positron emission tomography scintiscan)
- Dialysis — *notification only*
- Durable medical equipment, including breast pumps, costing over \$500
- Electroconvulsive therapy (ECT)
- Gender reassignment surgical services and certain hormone therapy
- Genetic testing
- Gynecomastia surgery
- Habilitative therapy for children with autism spectrum disorder
- Hospice services
- Hyperbaric oxygen therapy treatment
- Hysterectomy
- Select injectable, infused, ingested, or inhaled medications administered by your provider in an outpatient setting
- Joint replacements, including but not limited to hip and knee replacements
- Laminectomy
- Le Fort osteotomy
- Lipectomy and panniculectomy
- Mammoplasty (breast reduction)
- Medical foods for inborn errors of metabolism
- Orthognathic surgery
- Orthotics or prosthetics (including podiatric orthotics) over \$500
- Partial hospitalization and intensive outpatient programs
- Physical, occupational, and speech therapy after the first 12 visits
- Radiation therapy
- Reconstructive surgery
- Sinus surgery (including but not limited to rhinoplasty, and/or septoplasty, and submucous resection)
- Skilled services provided in a home setting, including home healthcare, home therapy (PT, OT, ST) and home infusion
- Sleep studies
- Temporomandibular joint surgery
- Transcranial magnetic stimulation (TMS)
- Transplant services
- Travel and lodging
- Varicose vein procedures (including vein sclerotherapy)

This list changes from time to time. Contact the Fund at (800) 419-4373 for the most up-to-date information.

Prescription Drug Benefit — Hospitality Rx	What you pay per prescription at network providers...	
	Network	Non-network
Calendar Year Out-of-Pocket Limit	\$1,600 person/\$3,200 family	Not applicable
Formulary Prescription Drug Benefits		
<i>At the Chicago Health Center and the pharmacies listed on page 1</i>		
Prescription Drugs (excluding select brand drugs)	\$0	Not applicable
Select Brand Drugs*	50%	Not applicable
<i>At a regular retail or mail-order pharmacy</i>		
Preventive Healthcare Services Drugs	\$0	Not covered
Generic and Some Brand Drugs	\$10 copay	Not covered
Preferred Drugs	\$30 copay	Not covered
Non-Preferred Drugs	\$45 copay	Not covered
<i>Only available through mail order</i>		
Select Specialty and Select Biosimilar Drugs*	Generic: \$10 copay Brand: 25% coinsurance	Not covered
Non-Formulary Prescription Drug Benefits		
Non-Formulary Prescription Drugs and Supplies	Not covered, unless exception is approved	Not covered
<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.</i>		
Dental — Delta Dental	At Delta Dental PPO Network providers, you pay...	At Delta Dental Premier network & non-network providers, you pay...
Maximum for Dental Benefits (does not include orthodontic services)	\$1,000 per person every calendar year	
Calendar Year Deductible	\$50 per person; \$150 per family	
Diagnostic and Preventive Services	\$0	20%
Minor Restorative Services (includes fillings)		
Major Restorative Services (includes endodontics, periodontics, oral surgery, prosthodontics and crowns)	50% after deductible	60% after deductible
Orthodontic Services (benefit limited to children under age 19)	50% (Lifetime maximum of \$1,000 per child)	
Vision — Davis Vision network Covered once every calendar year	At network providers, you pay...	At non-network providers, you pay...
Retinal Imaging	\$20 per exam	Not covered
Eye Exams	\$0	
Frames	\$0 for Fashion, Designer & Premier levels in Davis Vision Collection \$150 allowance for other frames plus 20% off balance; no copay	1) Pay provider at time of service 2) Submit a claim to Davis 3) Get reimbursed: up to \$75 for an exam and up to \$175 for materials (frames, lenses, or contacts)
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	
Employees only	What the Plan pays...	
Short-term Disability	Weekly benefit: \$225 Benefits begin 1st day due to injury; 8th day due to sickness; 15-week maximum for any one period of disability	
Life and AD&D	\$10,000 for each	

Important phone numbers

Find a Green or Blue
provider or ask questions
about your new benefits
or eligibility

(800) 419-HERE (4373)
(855) 386-3889 (TTY)
Available 8:30 AM to 4:30 PM
www.uhh.org/mwc
UNITE HERE HEALTH
(your health Fund)

Call if you're hospitalized
or need to get
prior authorization for
benefits (see list inside)

(844) 462-7812
Prior authorization
(866) 823-9827
Free 24/7 Nurse Line
HealthCheck360

Find a True Choice
pharmacy or enroll
in mail order

(844) 813-3860
www.hospitalityrx.org
Hospitality Rx

Get specialty drugs

(800) 373-1879
WellDyne Specialty
Pharmacy

Find a network dentist

(800) 323-1743
Delta Dental

Find a network eye doctor

(800) 999-5431
Davis Vision

Beneficios a simple vista

Midwest Casino Plan 116

A partir del 6/1/23

Dónde puede obtener atención GRATUITA:

Centros de salud comunitarios HealthLinc

- Atención primaria gratuita en todo el norte de Indiana
- Visite <https://healthlincchc.org> para conocer las ubicaciones

Recetas gratuitas

Walgreens

- 2500 Grant St., Gary IN | (219) 949-1055
- 101 Hwy 20, Michigan City, IN | (219) 879-9650

UNITE HERE HEALTH—Chicago Health Center

- Servicios de farmacia y atención primaria gratuitos
- Ubicado en 218 S. Wabash Ave., 4to nivel (mismo edificio que el Fondo y las oficinas del sindicato)
- **Atención primaria:** (312) 768-5500
- **Farmacia:** (312) 736-3397
- www.uhh.org/chc



UNITE HERE HEALTH: Su fondo de salud!

www.uhh.org • (800) 419-HERE (4373)

Disponible 8:30 AM a 4:30 PM

218 S. Wabash Ave., 4to nivel, Chicago, IL 60604

¡Vaya con Verde!

¡El Fondo ha creado una nueva red "Verde (Green)" de proveedores que puede ahorrarle más dinero! Por lo general, usted paga menos de gastos fuera de su bolsillo cuando utiliza un proveedor de la red Verde (Green). Incluye:

- Proveedores de Ascension Illinois
- Proveedores de AdventHealth
- Saint Anthony Hospital en Chicago
- Little Company of Mary Hospital en Evergreen Park

Encuentre un proveedor en la nueva red Verde (Green): www.uhh.org/doctors

¡Quédese con Azul!

Sus gastos fuera de su bolsillo son más bajos si utiliza la red Verde (Green). Pero aún puede permanecer dentro de la red usando un proveedor de BlueCross BlueShield (BCBS).

- **Si usted trabaja en Illinois:** Usted y sus dependientes deben utilizar un proveedor de la red **BlueChoice** para permanecer dentro de la red cuando reciba atención dentro de Illinois.
- **Si usted trabaja en Indiana (o en cualquier otro estado que no sea Illinois):** Su red Azul (Blue) es **BCBSIL PPO** si recibe atención dentro de Illinois.
- **Si usted o sus dependientes necesitan atención fuera de Illinois:** deben utilizar un proveedor de **BCBS BlueCard PPO** para permanecer dentro de la red.

¡Manténgase alejado de Rojo!

Si no utiliza un proveedor de la red Verde (Green) o Azul (Blue) para su atención médica, y la de sus dependientes, el Fondo generalmente no paga nada, y usted paga el 100% de la factura. No deje que eso le pase a su familia — ¡Vaya con Verde (Green) o quedese con Azul (Blue)!

Excepto en emergencias o según lo exija la ley federal, el Plan generalmente no cubre la atención fuera de la red.

(Vea adentro para excepciones)

UNITE HERE
HEALTH

Beneficios Médicos	En los proveedores de la Red Verde, usted paga...	En los proveedores de la Red Azul, usted paga...	En los proveedores fuera de la red, usted paga...		
Deducible	Ninguno	Ninguno	Ninguno		
Límite de Gastos Fuera de su Bolsillo	\$5,000 persona & \$10,000 familia		Ninguno		
UNITE HERE HEALTH – Chicago Health Center Centros de salud comunitarios HealthLinc en Indiana					
Atención primaria, servicios de laboratorio asociados y otros cuidados disponibles	\$0	\$0	No aplica		
Visitas al consultorio					
Cuidado Preventivo	\$0	\$0	No tiene cobertura (excepto \$0 de copago para los extractores de leche)		
Visita por Atención Primaria (PCP)	\$0	\$40/visita	No tiene cobertura		
Visita al Especialista	\$20/visita	\$60/visita	No tiene cobertura		
Visita al Consultorio por Salud Mental/Abuso de Sustancias	\$0	\$40/visita	No tiene cobertura		
Quiropráctica (limitado a 24 visitas/año)	\$10/visita	\$40/visita	No tiene cobertura		
Acupuntura (limitado a 12 visitas/año)	\$10/visita	\$40/visita	No tiene cobertura		
Podiatría de Rutina (limitado a 4 visitas/año)	\$20/visita	\$40/visita	No tiene cobertura		
Visitas al Consultorio por Podiatría No Rutinaria	\$20/visita	\$40/visita	No tiene cobertura		
Inyecciones de Alergias en un Consultorio (si no se cobra ninguna visita al consultorio)	\$0	\$0	No tiene cobertura		
Atención de Emergencia y Urgencia					
Centro de Atención de Urgencias (UCC)	\$30/visita	\$40/visita	No tiene cobertura		
Servicios de Sala de Emergencias (no se cobra copago si es admitido)	\$350/visita	\$400/visita	\$400/visita		
Ambulancia (no se cobra copago si es admitido)	\$100/viaje	\$100/viaje	\$100/viaje		
Servicios de Laboratorio y Escaneo (si no es parte de la visita al consultorio)					
Servicios de Laboratorio	Atención No Hospitalaria	Atención Hospitalaria	Atención No Hospitalaria	Atención Hospitalaria	\$20/visita sólo para laboratorios independientes no hospitalarios; de lo contrario no está cubierto
	\$20/visita	\$100/visita	\$20/visita	\$100/visita	
Radiología (Radiografía, Ultrasonido, Monitoreo Fetal)	Consultorio/No-Hospital	Hospital Ambulatorio	Consultorio/No-Hospital	Hospital Ambulatorio	No tiene cobertura
	\$30/visita	\$100/visita	\$50/visita	\$100/visita	
Pruebas Cardíacas, Diagnóstico por Imagen (CT, MRI, PET)	Consultorio/No-Hospital	Hospital Ambulatorio	Consultorio/No-Hospital	Hospital Ambulatorio	No tiene cobertura
	\$200/visita	\$400/visita	\$300/visita	\$500/visita	
Servicios ambulatorios					
Cirugía Ambulatoria	Atención No Hospitalaria	Atención Hospitalaria	Atención No Hospitalaria	Atención Hospitalaria	No tiene cobertura
	\$150/visita	\$300/visita	\$300/visita	\$600/visita	
Terapia Física/del Habla/ Ocupacional (Limitado a 30 visitas/año, y 60 visitas combinadas de terapia física y ocupacional)	Consultorio/No-Hospital	Hospital Ambulatorio	Consultorio/No-Hospital	Hospital Ambulatorio	No tiene cobertura
	\$20/visita	No tiene cobertura	\$30/visita	No tiene cobertura	
Diálisis del Riñón, Quimioterapia o Medicamento por Infusión	Atención No Hospitalaria	Hospital Ambulatorio	Atención No Hospitalaria	Hospital Ambulatorio	No tiene cobertura
	\$20/visita	\$40/visita	\$30/visita	\$60/visita	
Terapia de Radiación	Atención No Hospitalaria	Hospital Ambulatorio	Atención No Hospitalaria	Hospital Ambulatorio	No tiene cobertura
	\$20/visita	\$40/visita	\$30/visita	\$60/visita	
Hospitalización Parcial, Ambulatorio Intensivo, y Desintoxicación Ambulatoria	\$20/día		\$20/día		\$20/día
<p>* Si usted trabaja en Illinois: Debe utilizar la red BCBS BlueChoice para permanecer dentro de la red. Si usted trabaja en Indiana (o en cualquier otro estado que no sea Illinois): Debe utilizar la red BCBS PPO para permanecer dentro de la red.</p> <p>Usted tiene acceso tanto a la red Verde (Green) como a la Azul (Blue). NO necesita hacer una selección de red. Los pagos de beneficios del Plan se basan en los cargos permitidos. Usted podría ser responsable de la diferencia entre el pago del plan y los cargos facturados por el proveedor cuando utilice proveedores fuera de la red.</p>					

GRATIS en el Health Center

Beneficios Médicos	En los proveedores de la Red Verde, usted paga...	En los proveedores de la Red Azul, usted paga...	En los proveedores fuera de la red, usted paga...				
Servicios de Hospitalización							
Hospitalización (incluyendo salud mental/abuso de sustancias)	\$150/día (máximo \$450/admisión)	\$300/día (máximo \$1,200/admisión)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Hasta que se estabilice</th> <th>Después de que se estabilice</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>\$300/día para admisiones por emergencias (máximo \$1,200/admisión)</td> <td>No tiene cobertura</td> </tr> </tbody> </table>	Hasta que se estabilice	Después de que se estabilice	\$300/día para admisiones por emergencias (máximo \$1,200/admisión)	No tiene cobertura
Hasta que se estabilice	Después de que se estabilice						
\$300/día para admisiones por emergencias (máximo \$1,200/admisión)	No tiene cobertura						
Atención en un Centro de Enfermería Especializado	\$50/día	\$100/día	No tiene cobertura				
Otros Cuidados y Gastos							
Educación Sobre Diabetes	\$0	\$0	No tiene cobertura				
Asesoramiento Nutricional (limitado a 4 visitas/año)	\$0	\$0	No tiene cobertura				
Ortopedia Podiátrica (limitado a \$500/24 meses)	\$0	\$20	No tiene cobertura				
Cuidados de la Salud en el Hogar (limitado a 60 visitas/año)	\$20/visita	\$20/visita	No tiene cobertura				
Cuidados de Hospicio	\$0	\$0	No tiene cobertura				
Estudios del Patrón del Sueño	\$100/visita	\$150/visita	No tiene cobertura				
Equipo Médico Duradero	30%	30%	No tiene cobertura				
Terapia de Rehabilitación para Niños con ASD (limitado a 30 horas/semana y para edades de 2-8 años)	\$20/día	\$20/día	No tiene cobertura				
Alimentos Médicos por Errores Congénitos del Metabolismo	El Plan reembolsa hasta el 100%						
Transporte y Alojamiento Para Ciertas Condiciones Médicas Graves	El Plan reembolsa el 100% hasta \$10,000 por episodio de atención médica, incluyendo hasta \$200 por día para alojamiento y hasta \$50 por día para gastos de comida						
Todos los Demás Gastos Cubiertos	20%	20%	No tiene cobertura				

Autorización previa obligatoria

Usted o su proveedor de atención médica deben llamar a HealthCheck360 al (844) 462-7812 antes de recibir cualquiera de los tipos de atención que se enumeran más abajo. Si no lo hace, su reclamo puede ser rechazado.

- Servicios de transporte de ambulancia aérea (que no sean de emergencia)
- Cualquier ingreso hospitalario, independientemente del tipo de centro o atención, lo que incluye entre otros:
 - atención en centros de enfermería especializada, cuidados paliativos (hospicio), centro de rehabilitación crítica, centro de atención para casos críticos a largo plazo, tratamiento residencia
 - admisiones por maternidad después de 48 horas por un parto vaginal y 96 horas después de un parto por cesárea
 - admisiones por cesárea electiva (C-Section, por su nombre en inglés) con menos de 38 semanas de gestación
- Cirugía bariátrica (lo que incluye, pero no se limita a bypass gástrico y procedimientos de banda gástrica)
- Blefaroplastia
- Quimioterapia
- Ensayos clínicos
- Servicios de diagnóstico por imágenes de la siguiente manera:
 - Tomografías computarizadas (CT, CTA y exploraciones CAT) (gammagrafía con tomografía computarizada o gammagrafía con tomografía axial computarizada))
 - MRA y MRI (angiografía por resonancia magnética o imágenes por resonancia magnética)
 - Tomografía PET (gammagrafía con tomografía por emisión de positrones)
- Diálisis — *solo notificación*
- Equipo médico de uso a largo plazo no desechable, incluyendo los extractores de leche cuestan más de \$500
- Terapia electroconvulsiva (ECT, por sus siglas en inglés)
- Servicios quirúrgicos de reasignación de género y cierta terapia hormonal
- Pruebas genéticas
- Cirugía de ginecomastia
- Terapia de habilitación para niños con trastorno del espectro autista
- Servicios paliativos (hospicio)
- Tratamiento de oxigenoterapia hiperbárica
- Histerectomía
- Medicamentos selectos inyectables, infundidos, ingeridos o inhalados administrados por su proveedor en un entorno ambulatorio
- Reemplazos de articulaciones, lo que incluye reemplazos de cadera y rodilla
- Laminectomía
- Osteotomía Le Fort
- Lipectomía y paniculectomía
- Mamoplastia (reducción de los senos)
- Alimentos médicos para errores innatos del metabolismo
- Cirugía ortognática
- Órtesis o prótesis (lo que incluye órtesis podiátricas) de más de \$500
- Hospitalización parcial y programas ambulatorios intensivos
- Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla después de las primeras 12 consultas
- Terapia de radiación
- Cirugía reconstructiva
- Cirugía sinusal (lo que incluye pero no se limita a rinoplastia y/o septoplastia, así como resección submucosa)
- Servicios especializados brindados en el hogar, que incluyen atención médica en el hogar, terapia en el hogar (PT, OT, ST) e infusión en el hogar
- Estudios del patrón de sueño
- Cirugía de la articulación temporomandibular
- Estimulación magnética transcraneal (TMS, por sus siglas en inglés)
- Servicios de trasplante
- Transporte y alojamiento
- Procedimientos de venas varicosas (lo que incluye escleroterapia de venas)

Esta lista cambia de vez en cuando. Comuníquese con el Fondo al (800) 419-4373 para obtener la información más actualizada.

Beneficio de Medicamentos con Receta — Hospitality Rx	En los proveedores de la red, usted paga...	
	Dentro de la Red	Fuera de la red
Límite por Año Calendario de Gastos Fuera de su Bolsillo	\$1,600 persona & \$3,200 familia	No aplica
Beneficios de Medicamentos con Receta del Formulario		
<i>En Chicago Health Center y las farmacias que se enumeran en la página 1</i>		
Medicamentos Recetados (excluyendo medicamentos de marca selectos)	\$0	No tiene cobertura
Medicamentos de Marca Selectos*	50%	No tiene cobertura
<i>En una farmacia minorista o de pedido por correo regular</i>		
Medicamentos para Servicios de Atención Médica Preventiva	\$0	No tiene cobertura
Medicamentos Genéricos y Algunos de Marca	\$10 copago	No tiene cobertura
Medicamentos de Preferencia	\$30 copago	No tiene cobertura
Medicamentos que No Sean de Preferencia	\$45 copago	No tiene cobertura
<i>Sólo disponible a través de pedido por correo</i>		
Medicamentos Especializados Selectos y Biosimilares Selectos*	Genérico: \$10 copago Marca: 25% de coseguro	No tiene cobertura
Beneficios de Medicamentos con Receta No Incluidos en el Formulario		
Medicamentos con Receta y Suministros No Incluidos en el Formulario	No tiene cobertura, a menos que se apruebe una excepción	No tiene cobertura
*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. 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 — Delta Dental	En los proveedores de la red, usted paga...	En Delta Dental Premier Dentists y proveedores fuera de la red, usted paga...
Máximo para beneficios dentales (no incluye servicios de ortodoncia)	\$1,000/persona cada año calendario	
Deducible por año calendario	\$50 por persona; \$150 por familia	
Servicios preventivos y diagnósticos	\$0	20%
Servicios restaurativos menores (incluye rellenos)		
Servicios restaurativos principales (incluye endodoncia, periodoncia, cirugía oral, prostodoncia y coronas)	50% después del deducible	60% después del deducible
Tratamiento de ortodoncia (beneficio limitado para niños menores de 19 años de edad)	50% (un máximo de \$1,000 de por vida, por niño)	
Visión — La Red Davis Vision Cubierto una vez por año calendario	En los proveedores de la red, el plan paga...	En proveedores fuera de la red, el plan paga...
Imágenes de la retina	\$20 por examen	No está cubierto
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; sin copago	
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; sin copago	
Solo Empleados	El plan paga...	
Discapacidad a corto plazo	Beneficio Semanal \$225 Los beneficios inician el 1er día debido a una lesión; 8º día por enfermedad; 15-semanas máximo por cualquier período único de discapacidad	
Beneficios de Seguro de Vida y Muerte Accidental	\$10,000 por cada	

Números telefónicos importantes

Encuentre un proveedor dentro de la red azul (blue) o verde o haga preguntas sobre sus nuevos beneficios o elegibilidad

(800) 419-HERE (4373)
(855) 386-3889 (TTY)
 Disponible 8:30 AM to 4:30 PM
www.uhh.org/mwc
 UNITE HERE HEALTH
 (su Fondo de salud)

Llame si usted está hospitalizado o necesita obtener autorización previa para beneficios (vea la lista en el interior)

(844) 462-7812
 Prior authorization
(866) 823-9827
 Free 24/7 Nurse Line
 HealthCheck360

Encuentre una farmacia True Choice de la red o inscríbese en pedidos por correo

(844) 813-3860
www.hospitalityrx.org
 Hospitality Rx

Obtenga medicamentos especializados

(800) 373-1879
 WellDyne Specialty Pharmacy

Encuentre un dentista de la red

(800) 323-1743
 Delta Dental

Encuentre un oculista de la red

(800) 999-5431
 Davis Vision