

Benefits at a Glance

Chicago Sporting Events
Plan 117

Get FREE care at your Health Center!

The UNITE HERE HEALTH — Health Center is a **FREE** primary care practice and pharmacy just for eligible Local 1 and 450 union members and their adult dependents.

The Health Center is located in the same building as the Fund and union offices (Adams & Wabash L stop) on the 4th floor.

CONTACT INFORMATION



Pharmacy: (312) 736-3397
Primary Care: (312) 768-5500



218 S. Wabash Ave., 4th Floor
Chicago, IL 60504



www.uhh.org/chc



Get great care at the best prices!

With **AMITA Health** as our healthcare partner, you have access to more than 4,500 doctors throughout the Chicago area. Your copays are \$0 for primary care visits and \$10 for specialist visits, giving you **great care at the best prices.**

With Blue Cross Blue Shield's **Blue Choice network**, you have expanded access to 47 in-state hospitals and 16,000 doctors at fair prices.

When you travel outside Illinois or have a dependent living outside Illinois, the **Blue Card program** provides access to a national network of doctors, hospitals and other healthcare providers. Participants living in Illinois but outside the Blue Choice network may be able to access PPO network providers.

Effective 1/1/2022



Questions?

UNITE HERE HEALTH Chicago Office
218 South Wabash Avenue, Suite 800
Chicago, IL 60604

(800) 419-HERE (4373)
(855) 386-3889 (TTY)

8:30 AM to 4:30 PM

www.uhh.org

This is an easy-to-read summary and does not include all benefits or services. 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.*

Remember!

Primary care, associated lab services, and prescriptions are **FREE** at the UNITE HERE HEALTH — Health Center!

MAJOR MEDICAL BENEFITS— What You Pay	AMITA Health Provider <i>Go with the green!</i>	Blue Choice (In Illinois) Blue Card (Out of State)	Non-Network
Calendar Year Deductible	\$0		
Safety Net Out-of-Pocket Spending Limit – <i>Copays, deductibles, and coinsurance you pay for medical and pharmacy</i>	\$6,350 per person and \$12,700 per family		Not applicable
Office Visits			
Preventive Care	\$0	\$0	Not covered
Primary Care Provider Office Visits including all care provided during the office visit	\$0	FREE at the Health Center!	Not covered
Specialist Care Office Visits	\$10	\$20	Not covered
Acupuncture Services up to 12 visits per person per calendar year	\$10	\$10	Not covered
Chiropractic Services up to 24 visits per person per calendar year	\$10	\$10	Not covered
Routine Podiatry to 4 visits per person per calendar year	\$10	\$10	Not covered
Podiatric Orthotics up to \$500 per person every 24 months	\$0	\$0	Not covered
Diabetes Education	\$0	\$0	Not covered
Nutritional Counseling up to 4 visits per person per calendar year	\$0	\$0	Not covered
Emergency and Urgent Care			
Urgent Care Clinic	\$30; \$0 copay at Illinois Physicians Immediate Care (PIC) locations	\$30; \$0 copay at Illinois Physicians Immediate Care (PIC) locations	Not covered
Emergency Room Services (copay waived if admitted)	\$100	\$200	\$200
Ambulance Transportation to a hospital (copay waived if admitted)	\$50	\$50	\$50
Ambulance Transportation between hospitals	\$0	\$0	\$0
Lab & Imaging Services			
Laboratory Services	\$0 Non-hospital \$30 Hospital	\$0 Non-hospital \$30 Hospital	\$0 <i>ONLY services billed by an independent lab are covered</i>
Radiology x-ray, ultrasound, and fetal monitoring	\$0	\$10 Non-hospital \$50 Hospital	Not covered
Diagnostic Imaging, Cardiac Testing and Radiation Therapy	\$0	\$100 Non-hospital \$150 Hospital	Not covered
Sleep Studies	\$50	\$50	Not covered
Outpatient Services			
Outpatient Surgery	\$0	\$100 Non-hospital \$200 Hospital	Not covered
Physical, Speech, and Occupational Therapy	\$0 Non-hospital \$30 Hospital	\$10 Non-hospital \$30 Hospital	Not covered
Infusion Medication, Chemotherapy and Kidney Dialysis	\$0 Non-hospital \$100 Hospital	\$0 Non-hospital \$100 Hospital	Not covered

MAJOR MEDICAL BENEFITS— What You Pay	AMITA Health Provider <i>Go with the green!</i>	Blue Choice (In Illinois) Blue Card (Out of State)	Non-Network
Inpatient Services			
Hospitalization including all care provided during the hospitalization	\$150 per day (up to \$300 per admission)	\$250 per day (up to \$500 per admission)	\$250 per day (up to \$500 per admission) ONLY emergency treatment is covered
Skilled Nursing Facility Care up to 60 days per person per calendar year	\$50 per day (up to \$250 per admission)	\$100 per day (up to \$500 per admission)	Not Covered
Mental Health and Substance Abuse Treatment			
Office Visits including medical management visits	\$0	\$10	Not Covered
Hospitalization including all care provided during the hospitalization	\$150 per day (up to \$300 per admission)	\$250 per day (up to \$500 per admission)	\$250 per day (up to \$500 per admission) ONLY emergency treatment is covered
Partial Hospitalization, Intensive Outpatient Treatment, or Ambulatory Detoxification	\$0	\$0	\$0
Other Care and Expenses			
Home Healthcare up to 60 visits per person per calendar year	\$10	\$20	Not Covered
Hospice Care	\$0	\$0	Not Covered
Medical Equipment for Home Use; Artificial Limbs and Organs; 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.

- Any inpatient admission, regardless of the type of facility or care, including but not limited to:
 - admissions following observation or an emergency visit
 - 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 BENEFITS—What you pay for formulary drugs

At the Chicago Health Center and free pharmacy at Presence Resurrection Medical Center	Per Prescription up to a 90-day supply	At network retail pharmacies and mail order	Retail Pharmacy up to a 34-day supply	Mail Order up to a 90-day supply
Preventive healthcare services drugs, generic drugs, and brand drugs	FREE!	Preventive healthcare services drugs	\$0	
		Generic and some brand drugs	\$5	
		Preferred drugs	\$15	
Select brand drugs*	50%	Non-preferred drugs	\$30	
Non-formulary prescription drugs and supplies	Not covered, unless an exception is approved	Select specialty and select biosimilar drugs*	Not covered	Generic
				Brand
				\$5 25%

*Current pharmacy benefit provider will actively manage and determine drugs in tier. Specialty drugs are only available through the specialty mail order pharmacy. However, effective January 1, 2022, 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.

DENTAL BENEFITS—What You Pay

Only available if your employer's CBA requires contributions for dental

	Delta Dental PPO Network Providers	Delta Dental Premier Dentists and Non-Network Providers
Calendar Year Deductible Applies to some non-orthodontic services	\$50 per person; \$150 per family	
Calendar Year Maximum	\$2,000 per person (includes up to \$1,000 for Delta Dental Premier Dentists or non-network providers)	
Diagnostic and Preventive Services	\$0	83%
Minor Restorative Services (includes fillings)		
Major Restorative Services (includes endodontics, periodontics, oral surgery, prosthodontics and crowns)	15% after deductible	91% after deductible
Orthodontia \$5,000 lifetime maximum for orthodontic services	50%	Not Covered

VISION CARE BENEFIT—What the Plan Pays

Maximum benefit: one vision exam and one pair of eyeglass lenses covered per person per calendar year	\$250 every 24 months beginning January 1 of every odd numbered year Dollar limit does not apply to exams and eyeglass lenses for children under age 19
---	--

LIFE AND ACCIDENTAL DEATH BENEFIT

Life Insurance	\$10,000
Accidental Death	Additional \$5,000

IMPORTANT PHONE NUMBERS

UNITE HERE HEALTH — Health Center and Free Pharmacy	(312) 736-3397 Free Pharmacy (312) 768-5500 Health Center
Find an AMITA Health provider or hospital	(800) 419-4373 • uhh.org/power
Find a network provider or hospital • For care provided in Illinois, the network is <i>Blue Choice</i> • For care provided outside Illinois, the network is <i>Blue Card</i>	
Call if you're hospitalized or to get prior authorization for certain benefits— see list inside (<i>HealthCheck360</i>)	(844) 462-7812 Prior authorization (866) 823-9827 Free 24/7 Nurse Line
Find a True Choice network pharmacy or enroll in the Mail Order pharmacy program (<i>Hospitality Rx</i>)	(844) 813-3860 • www.hospitalityrx.org
Get specialty drugs (<i>WellDyne Specialty Pharmacy</i>)	(800) 373-1879 • www.welldynespecialty.com
Find a network dentist (<i>Delta Dental</i>)	(800) 323-1743 • www.deltadental.com

Beneficios a simple vista

Chicago Sporting Events
Plan 117

Obtenga cuidado GRATUITO en su Centro de Salud!

El Centro de Salud de UNITE HERE HEALTH es una práctica **GRATUITA** de atención primaria y una farmacia exclusiva de Local 1 y 450 y sus dependientes adultos.

El Health Center (Centro de salud) está ubicado en el mismo edificio que el Fondo y las oficinas del sindicato (parada Adams & Wabash L) en el cuarto piso.

INFORMACIÓN DE CONTACTO



Farmacia: (312) 736-3397
Atención Primaria: (312) 768-5500



218 S. Wabash Ave., 4^{to} Piso
Chicago, IL 60504



www.uhh.org/chc



¡Obtenga cuidado excelente a los mejores precios!

Con **AMITA Health** como nuestro socio de cuidado médico, usted tiene acceso a más de 4,500 médicos en todo el área de Chicago. Sus copagos son de \$0 por visitas de atención primaria y \$10 por visitas a especialistas, lo que le brinda **cuidado excelente a los mejores precios.**

Con **la red Blue Choice**, de Blue Cross Blue Shield, usted tiene acceso ampliado a 47 hospitales del estado y 16,000 médicos a precios justos.

Cuando viaja fuera de Illinois o tiene un dependiente que vive fuera de Illinois, el **Blue Card program** brinda acceso a una red nacional de médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica. Los participantes que viven en Illinois pero fuera de la red Blue Choice pueden acceder a los proveedores de la red PPO.

A partir del 1/1/2022



¿Preguntas?

UNITE HERE HEALTH Chicago Office
218 South Wabash Avenue, Suite 800
Chicago, IL 60604

(800) 419-HERE (4373)
(855) 386-3889 (TTY)

8:30 AM a 4:30 PM

www.uhh.org

Este es un resumen fácil de leer y no incluye todos los beneficios o servicios. Si hay un conflicto entre este resumen y los documentos de su plan, los documentos de su plan son correctos. Para más detalles sobre sus beneficios o para averiguar qué tratamientos/servicios requieren autorización previa, consulte su Descripción Resumida del Plan (SPD) o llámenos al (800) 419-4373.

¡Recuerda!

¡La atención primaria, los servicios de laboratorio asociados, y recetas médicas son **GRATUITOS** en el Centro de Salud de UNITE HERE HEALTH!

BENEFICIOS MÉDICOS MAYORES— Lo que usted paga	Proveedor de AMITA Health ¡Elija la opción verde!	Blue Choice (En Illinois) Blue Card (fuera del estado)	Fuera de la red
Deducible por Año Calendario	\$0		
Red de Protección Límite de Gastos Fuera del Bolsillo – Copagos, deducibles, y coseguro que usted paga por médico y farmacia	\$6,350 por persona y \$12,700 por familia		No se aplica
Visitas al consultorio			
Cuidados preventivos	\$0	\$0	No se cubre
Visitas al consultorio de proveedores de atención primaria incluye todos los cuidados brindados durante la visita al consultorio	\$0	¡GRATIS en el Centro de Salud!	No se cubre
Visita al consultorio de especialistas	\$10	\$20	No se cubre
Servicios de acupuntura hasta 12 visitas por persona por año calendario	\$10	\$10	No se cubre
Servicios quiroprácticos hasta 24 visitas por persona por año calendario	\$10	\$10	No se cubre
Cuidados podiátricos de rutina hasta 4 visitas por persona por año calendario	\$10	\$10	No se cubre
Ortesis podiátrica hasta \$500 por persona cada 24 meses	\$0	\$0	No se cubre
Educación sobre diabetes	\$0	\$0	No se cubre
Asesoramiento nutricional hasta 4 visitas por persona por año calendario	\$0	\$0	No se cubre
Cuidados urgentes o de emergencia			
Clínica de cuidados urgentes	\$30; Copago de \$0 en las ubicaciones de Illinois Physicians Immediate Care (PIC)	\$30; Copago de \$0 en las ubicaciones de Illinois Physicians Immediate Care (PIC)	No se cubre
Servicios de sala de emergencias (el copago no se aplica si deriva en internación)	\$100	\$200	\$200
Transporte en ambulancia a un hospital (el copago no se aplica si deriva en internación)	\$50	\$50	\$50
Transporte en ambulancia entre hospitales	\$0	\$0	\$0
Servicios de laboratorio e imágenes			
Servicios de laboratorio	\$0 fuera del hospital \$30 en el hospital	\$0 fuera del hospital \$30 en el hospital	\$0 SOLAMENTE se cubren los servicios facturados por un laboratorio independiente
Radiología radiografías, ecografías y monitorización fetal	\$0	\$10 fuera del hospital \$50 en el hospital	No se cubre
Diagnóstico por imágenes, estudios cardiológicos y radioterapia	\$0	\$100 fuera del hospital \$150 en el hospital	No se cubre
Estudios del sueño	\$50	\$50	No se cubre
Servicios ambulatorios			
Cirugía ambulatoria	\$0	\$100 fuera del hospital \$200 en el hospital	No se cubre
Terapia física, ocupacional y del habla	\$0 fuera del hospital \$30 en el hospital	\$10 fuera del hospital \$30 en el hospital	No se cubre
Infusión de medicamentos, quimioterapia y diálisis renal	\$0 fuera del hospital \$100 en el hospital	\$0 fuera del hospital \$100 en el hospital	No se cubre

BENEFICIOS MÉDICOS MAYORES— Lo que usted paga		Proveedor de AMITA Health <i>¡Elija la opción verde!</i>	Blue Choice (En Illinois) Blue Card (fuera del estado)	Fuera de la red
Servicios con hospitalización				
Hospitalización incluye todos los cuidados brindados durante la hospitalización		\$150 por día (hasta \$300 por admisión)	\$250 por día (hasta \$500 por admisión)	\$250 por día (hasta \$500 por admisión) SÓLO se cubren tratamientos de emergencia
Centro de cuidados especializados hasta 60 días por persona por año calendario		\$50 por día (hasta \$250 por admisión)	\$100 por día (hasta \$500 por admisión)	No se cubre
Tratamiento de salud mental y por abuso de sustancias				
Visitas al consultorio incluyendo visitas de administración médica		\$0	\$10	No se cubre
Hospitalización incluye todos los cuidados brindados durante la hospitalización		\$150 por día (hasta \$300 por admisión)	\$250 por día (hasta \$500 por admisión)	\$250 por día (hasta \$500 por admisión) SÓLO se cubren tratamientos de emergencia
Hospitalización parcial, tratamiento ambulatorio intensivo o desintoxicación ambulatoria		\$0	\$0	\$0
Otros cuidados y costos				
Servicios de cuidados domiciliarios hasta 60 visitas por persona por año calendario		\$10	\$20	No se cubre
Cuidados de hospicio		\$0	\$0	No se cubre
Equipos médicos para uso en el hogar, prótesis de miembros artificiales y órganos, todos los demás gastos cubiertos		20%	20%	No se cubre

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.

- Cualquier ingreso hospitalario, independientemente del tipo de centro o atención, lo que incluye entre otros:
 - admisiones después de una observación o consulta de emergencia
 - 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.*

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS—Lo que paga por los medicamentos del formulario					
En el Chicago Health Center y farmacia gratuita en Presence Resurrection Medical Center	Por Medicamento con Receta hasta un suministro de 90 días	En farmacias minoristas de la red y pedidos por correo	Farmacia minorista hasta un suministro de 34 días	Farmacia de pedidos por correo postal hasta un suministro de 90 días	
Medicamentos de servicios de atención médica preventiva, medicamentos genéricos y medicamentos de marca	¡GRATIS!	Medicamentos para servicios de atención médica preventiva	\$0		
		Medicamentos genéricos y algunos de marca	\$5		
		Medicamentos de preferencia	\$15		
Medicamentos de marca selectos*	50%	Medicamentos que no sean de preferencia	\$30		
Medicamentos y suministros recetados que no se encuentran en el formulario	No cubiertos, a menos que se apruebe una excepción	Medicamentos especializados selectos y biosimilares selectos*	No cubiertos	Genéricos	De marca
				\$5	25%

*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, con vigencia desde el 1 de enero de 2022, 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.

BENEFICIOS DENTALES—Lo que usted paga	Proveedores dentro de la red de Delta Dental PPO	Dentistas de Delta Dental Premier y proveedores fuera de la red
<i>Sólo está disponible si el CBA de su empleador solicita contribuciones para dental</i>		
Deducible por año calendario Aplica para algunos servicios de ortodoncia	\$50 por persona; \$150 por familia	
Máximo por año calendario	\$2,000 por persona (incluye hasta \$1,000 para dentistas de Delta Dental Premier o proveedores fuera de la red)	
Servicios preventivos y de diagnóstico	\$0	83%
Servicios restaurativos menores (incluye rellenos)		
Servicios restaurativos principales (incluye endodoncia, periodoncia, cirugía oral, prostodoncia y coronas)	15% después del deducible	91% después del deducible
Ortodoncia Un máximo de \$5,000 para servicios de ortodoncia	50%	No tiene cobertura

BENEFICIOS DE CUIDADOS DE LA VISIÓN—Lo que el Plan paga	
Beneficio máximo: un examen de visión de rutina y un par de anteojos cubiertos por persona por año calendario	\$250 disponibles cada 24 meses, a partir del 1 de enero de todos los años impares El monto límite no se aplica a exámenes y anteojos para niños menores de 19 años

BENEFICIOS DE SEGURO DE VIDA Y MUERTE ACCIDENTAL	
Seguro de vida	\$10,000
Muerte accidental	Adicional \$5,000

NÚMEROS TELEFÓNICOS IMPORTANTES	
UNITE HERE HEALTH — Centro de Salud y Farmacia GRATIS	(312) 736-3397 Farmacia GRATIS (312) 768-5500 Centro de Salud
Encuentre un proveedor o un hospital de AMITA Health	(800) 419-4373 • uhh.org/power
Encuentre un proveedor o un hospital de la red • Para recibir atención en Illinois, la red es <i>BlueChoice</i> • Para recibir atención fuera de Illinois, la red es <i>BlueCard</i>	
Llame si está hospitalizado o si desea obtener una autorización previa para ciertos beneficios—ver la lista que figura en el interior (<i>HealthCheck360</i>)	(844) 462-7812 Autorización previa (866) 823-9827 Línea de enfermería gratuita 24/7
Encuentre una farmacia True Choice de la red o inscribase en el programa de farmacia de pedidos por correo (<i>Hospitality Rx</i>)	(844) 813-3860 • www.hospitalityrx.org
Obtenga medicamentos especializados (<i>WellDyne Specialty Pharmacy</i>)	(800) 373-1879 • www.welldynespecialty.com
Encuentre un dentista de la red (<i>Delta Dental</i>)	(800) 323-1743 • www.deltadental.com