



New COVID-19 relief from your health fund



Introducing the Super Saver Plan!

If your insurance coverage with the Fund ends because of **no work, layoff, or reduced hours**, the Super Saver Plan gives you most of the same benefits you had at the time you lost coverage.

- Eligible if coverage ends: June 30, 2020–September 30, 2021
- Medical, pharmacy, dental and vision coverage—not life and disability
- Optional, temporary, and can last up to 4 months in a row (but ends if you pick up coverage again through work); one chance to use
- Dependents covered if they were covered at the time coverage ended (*new dependents can only be added during a Special Qualifying Life Event*)

How much do I pay and how do I get started?

You pay one flat rate for single or family coverage: **\$173**. There is no paperwork to fill out. Enrollment is complete when you make your first monthly payment.

- If Fund coverage ends June 30–November 30, 2020, **first payment is due December 5–20, 2020**.
- If coverage ends December 31, 2020–September 30, 2021, first payment is due the 20th of the month your Super Saver coverage *starts*. Payments 2, 3 and 4 are due the 20th of the month *before* Super Saver coverage. This means you will make 2 payments the first time you pay, which will give you 2 months of coverage.

For details about the Super Saver plan, read the FAQs inside or visit:

www.uhh.org/supersaver

Note: this is a high-level overview of the Super Saver Plan. Details are subject to change.

How do I pay?

1) Online is best: www.uhh.org/member

Your payment is processed quickly and your coverage is activated as soon as possible! Use a check or credit/debit card.

2) Phone: (855) 321-4373

Use a credit/debit card.

3) Mailed payments are discouraged.

If necessary, see instructions at right.

What to include if you're mailing a check/money order:

- Member name
- Member ID number
- Date of birth
- Make payable/mail to:

**UNITE HERE HEALTH
P.O. 809328
Chicago, IL 60680-9328**

Payments must be received (not postmarked) by the payment due date.



Nueva ayuda por COVID-19 de su fondo de salud



¡Le presentamos el Plan Super Saver!

Si su cobertura de seguro con el Fondo finaliza debido a **falta de trabajo, despido o reducción de horas**, el Plan Super Saver le brindará la mayoría de los mismos beneficios que tenía cuando perdió su cobertura.

- Es elegible si su cobertura termina: del 30 de junio de 2020 al 30 de septiembre de 2021
- Cobertura médica, farmacéutica, dentales y de la vista; no cubre vida ni discapacidad
- Opcional, temporal y dura hasta 4 meses seguidos (pero finaliza si recupera cobertura nuevamente a través del trabajo); una oportunidad de uso
- Los dependientes tendrán cobertura si la tenían al momento en que finalizó la cobertura *(solo puede agregarse dependientes nuevos durante un evento de vida especial que califique)*

¿Cuánto pago y cómo empiezo?

Usted paga una tarifa fija para cobertura individual o familiar: **\$173**. No hay papeleo que llenar. La inscripción se completa cuando usted realiza su primer pago mensual.

- Si la cobertura del Fondo finaliza del **30 de junio al 30 de noviembre de 2020**, **el primer pago vence del 5 al 20 de diciembre de 2020**.
- Si la cobertura finaliza del **31 de diciembre al 30 de septiembre de 2021**, el primer pago vence el día 20 del mes en que comienza su cobertura Super Saver. Los pagos 2, 3 y 4 vencen el día 20 del mes anterior a la cobertura de Super Saver. Esto significa que tendrá que hacer 2 pagos la primera vez, lo que le dará 2 meses de cobertura.

Para obtener más detalles acerca del plan de Super Saver, lea las preguntas frecuentes incluidas o visite:

www.uhh.org/supersaver

Nota: esta es una descripción de alto nivel del Plan Super Saver. Los detalles están sujetos a cambios.

¿Cómo lo pago?

1) Es mejor hacerlo en línea: www.uhh.org/member

Su pago se procesa rápidamente y su cobertura se activa lo antes posible! Pague con cheque o con tarjeta de crédito/débito.

2) Teléfono: (855) 321-4373

Pague con tarjeta de crédito/débito.

3) No se recomiendan los pagos por correo postal.

Si es necesario, consulte las instrucciones a la derecha.

Qué debe incluir si envía un cheque/giro postal:

- Nombre del miembro
- Número de ID de miembro
- Fecha de nacimiento
- Hacerlo pagadero/ enviarlo por correo postal a:

**UNITE HERE HEALTH
P.O. 809328
Chicago, IL 60680-9328**

Los pagos deben recibirse (no fecha de franqueo) antes de la fecha de vencimiento del pago.