Medical
Effective: 2/1/2025

Gold Plus PPO

Food Service Plan (376)

UNITE HERE HEALTH—Your health fund
www.uhh.org • (833) 637-3519

Call Member Services if you have benefit questions or need help finding a doctor!

Get 24/7 access to your benefits and more!

- **Member Portal:** www.uhh.org/member
- **Mobile app:** scan the QR code

iPhone

Android

Your network is Blue Cross Blue Shield

Find a doctor near you!	Visit **provider.bcbs.com** *(your plan is BlueCard PPO/EPO)* NJ residents only: visit **doctorfinder.horizonblue.com** *(your plan is Direct Access)*

Deductible	$0	
Office Visits & Labs	***PPO Network — You Pay***	
Preventive Care *(Certain routine tests and screenings like colonoscopies and mammograms; limits may apply)*	$0	
Primary Care*	$20	
Specialist*	$40	
Primary/specialty care provided by the Union Health Center in New York: $0 (unionhealthcenter.org)		
Mental Health/Substance Abuse*	$20	
Laboratory Services, X-Ray, Ultrasound	***Office or non-hospital*** $20	***Hospital*** $80
Emergency & Urgent Care	***PPO Network — You Pay***	
Urgent Care Center*	$40	
Emergency Room (ER) *(waived if admitted)*	$150 *(same benefits out-of-network)*	
Ambulance		
Inpatient Services	***PPO Network — You Pay***	
Hospitalization	$250 per day *($750 maximum per admission)*	
Skilled Nursing Facility 60-day maximum per calendar year	$250 per admission	
Outpatient Services	***PPO Network — You Pay***	
Imaging (CT, MRI, PET)	***Office or non-hospital*** $150	***Hospital*** $250
Surgery	***Non-hospital*** $150	***Hospital*** $250

Outpatient Services (Continued)	***PPO Network — You Pay***	
Physical & Occupational Therapy 60-visit maximum/ calendar year combined **Speech Therapy** 30-visit maximum/calendar year	***Office or non-hospital*** $20	***Hospital*** $40
Infusion Medication, Chemotherapy	***Home*** $0 ***Non-hospital*** $20	***Hospital*** 20% *(maximum of $200 per visit)*
Kidney Dialysis	***Office or dialysis center*** $0	
Select Covered Services	***PPO Network — You Pay***	
Routine Podiatry 4-visit maximum per calendar year	$20	
Podiatric Orthotics $500 maximum every 24 months	$0	
Chiropractic & Acupuncture 12-visit maximum per calendar year for each	$20	
Diabetes Education Unlimited visits	$0	
Nutritional Counseling 4-visit maximum per calendar year	$0	
Medical Equipment for Home Use (DME)	25%	
Home Health Care 60-visit maximum per calendar year	$0	
Hospice Care	$0	
Transplant *(including evaluation)* **and CAR-T Therapy Services** Visit uhh.org/transplant for more information	You MUST use the Optum or Cigna LifeSOURCE network; prior authorization is required. Call HealthCheck360: (844) 462-7812	
Out-of-Pocket Spending Limits: Once your cost sharing for covered network expenses reaches $5,000 per person or $10,000 per family, the Plan pays 100% for most of your covered network expenses for the rest of the year *(see your SPD for expenses that don't count)*		
Non-Network Services: Preventive care, kidney dialysis, chiropractic care, acupuncture, routine podiatry, podiatric orthotics, medical equipment for home use, nutritional counseling, and diabetes education **ARE NOT AVAILABLE FROM NON-NETWORK PROVIDERS** *(see your SPD for all services not covered)*	You pay 50%	
**Includes all care provided during the visit*		

Hearing Aids

$3,000 maximum reimbursement every 3 calendar years *(same benefits out-of-network)*

Médica

Vigente a partir del: 2/1/2025

Gold Plus PPO

Food Service Plan (376)

UNITE HERE HEALTH—su fondo de salud

www.uhh.org • (833) 637-3519

¡Llame a Servicios a los miembros si tiene preguntas sobre los beneficios o si necesita ayuda para encontrar un médico!

¡Obtenga acceso las 24 horas, los 7 días de la semana a sus beneficios y más!

- **Portal de miembros:** www.uhh.org/member
- **Aplicación móvil:** escanear el código QR

iPhone

Android

Su red es Blue Cross Blue Shield

¡Encuentre un médico cerca de usted!	Visite **provider.bcbs.com** *(su plan es BlueCard PPO/EPOO)* Sólo para residentes de NJ: visite **doctorfinder.horizonblue.com** *(su plan es Direct Access)*	
Deducible	$0	
Visitas a la Clínica y Laboratorios	***Usted Paga***	
Atención Preventivo *(Ciertas pruebas y exámenes de rutina como colonoscopias y mamografías; se pueden aplicar límites)*	$0	
Atención Primaria*	$20	
Especialista*	$40	
Atención primaria/especializada proporcionada por Union Health Center: $0		
Tratamiento de Salud Mental/ Abuso de Sustancias*	$20	
Servicios de Laboratorio, Rayos X, Ultrasonido	***Clínica o otro lugar que no sea hospital*** $20	***En hospital*** $80
Servicios de Emergencia y Atención de Urgencias	***Usted Paga***	
Centro de Urgencias*	$40	
Sala de Emergencias (ER) *(eliminado si lo admiten)*	$150 *(los mismos beneficios fuera de la red)*	
Ambulancia		
Servicios con Hospitalización	***Usted Paga***	
Hospitalización	$250 al día *($750 máx por admisión)*	
Instalaciones de Enfermería Especializada	$250 por admisión *(60 días máximo por año calendario)*	
Servicios Ambulatorios	***Usted Paga***	
Exámenes por Imágenes (CT, MRI, PET)	***Clínica o otro lugar que no sea hospital*** $150	***En hospital*** $250
Cirugía	***Otro lugar que no sea hospital*** $150	***En hospital*** $250

Servicios Ambulatorios (Continuación)	***Usted Paga***	
Terapia Física o Ocupacional Máximo de 60 visitas por año calendario combinado **Terapia del Habla** Máximo de 30 visitas por año calendario	***Clínica o otro lugar que no sea hospital*** $20	***En hospital*** $40
Medicamento por Infusión, Quimioterapia	***En el hogar*** $0	***En hospital*** 20% *(máximo de $200 por visita)*
	Otro lugar que no sea hospital $20	
Diálisis del Riñón	***Clínica o centro de diálisis*** $0	
Servicios con Cobertura Selectos	***Usted Paga***	
Visita al podólogo Máximo de 4 visitas por año calendario	$20	
Ortopedia de Podiatría $500 máximo cada 24 meses	$0	
Quiropráctico y Acupuntura Máximo de 12 visitas por año calendario para cada	$20	
Educación Sobre la Diabetes Visitas ilimitadas	$0	
Asesoría Sobre Nutrición Máximo de 4 visitas por año calendario	$0	
Equipo Médico para Uso en el Hogar (DME)	25%	
Atención a la Salud en al Hogar Máximo de 60 visitas por año calendario	$0	
Cuidados Paliativos (Hospicio)	$0	
Servicios de trasplante *(incluyendo evaluación)* y **terapia CAR-T** Visite uhh.org/transplant para obtener más información	Usted DEBE utilizar la red Optum o Cigna LifeSOURCE; se requiere autorización previa; llame a HealthCheck360: (844) 462-7812	
Límite de Gastos de Bolsillo: Una vez que su costo compartido para los gastos cubiertos de la red alcance $5,000 por persona o $10,000 por familia, el Plan paga el 100% de sus gastos con cobertura dentro de la red durante el resto del año *(consulte su SPD para gastos que no cuentan)*		
Servicios Fuera de la Red: Cuidados preventivos, diálisis renal, atención quiropráctica, acupuntura, podiatría de rutina, ortopedia de podiatría, equipo médico para uso en el hogar, asesoramiento nutricional y educación sobre la diabetes **NO ESTÁN DISPONIBLES CON PROVEEDORES FUERA DE LA RED** *(consulte su SPD para todos los servicios que no tienen cobertura)*	Usted paga 50%	
**Incluye toda la atención proporcionada durante la visita*		

Aparatos auditivos

$3,000 reembolso máximo cada 3 años calendario
(los mismos beneficios fuera de la red)

Prescription Drug
Effective: 2/1/2025

Gold Plus PPO

Food Service Plan (376)

Hospitality Rx

www.hospitalityrx.org • (844) 813-3860

Make sure to use a network pharmacy!

- Most pharmacy chains as well as many independent local pharmacies are in the network.
- Walmart/Sam's Club are non-network pharmacies.

Make sure your prescriptions are covered!

- The formulary list *(the list of drugs covered by your plan)* can be found online: **www.uhh.org/fsp-ppo**
- The formulary is updated periodically. If your prescription is affected, we will notify you so your doctor can help you find the best alternative.

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 a network Retail Pharmacy (up to a 34-day supply) or Mail Order (up to a 60-day supply)***	
Certain Preventive Drugs	$0	
Generic and Some Brand Drugs	$5	
Preferred Drugs	$15	
Non-Preferred Drugs	$30	
Select Specialty and Select Biosimilar Drugs*	***Mail Order Only***	
	Generic	**Brand**
	$5	25%
Non-formulary Prescription Drugs and Supplies	Not covered, unless an exception is approved	
Out-of-Pocket Spending Limit	$1,600 individual; $3,200 family	

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.*

Rx info for your doctor

Prior Authorization

Your doctor must request approval for the following drugs before you pick them up: all Specialty, all Biosimilar, some preferred, and some non-preferred. If you need to take a drug that requires prior authorization, your doctor must call **(844) 484-4726**.

Specialty Drugs

We work with WellDyne Specialty Pharmacy to get the best service and the best prices. If you need a specialty drug, you MUST get them through this specialty pharmacy. Your doctor MUST first get prior authorization. Once you have prior authorization, call Welldyne Specialty to order your specialty medicine: **(800) 373-1879**.

Programs that save you money

Mail Order Pharmacy

Your plan will send medicine straight to your mailbox *and* you get a two-month supply for one copay! 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:

- **FreeStyle** *(by Abbott)*
  Visit choosefreestyle.com or call **(800) 680-6850**
  Order code: RAFITLWP
- **One Touch** *(by LifeScan)*
  Take your glucometer prescription to a network pharmacy and provide this information:
  BIN: 601341
  RxPCN: OHS
  Group ID#: OH6504161
  ID#: NOCHARGEMETR

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.

Medicamentos Recetados

Vigente a partir del: 2/1/2025

Gold Plus PPO

Food Service Plan (376)

Hospitality Rx

www.hospitalityrx.org • (844) 813-3860

Asegúrese de usar una farmacia de la red!

- La mayoría de las cadenas de farmacias, así como muchas farmacias locales independientes, forman parte de la red.
- Walmart/Sam's Club son farmacias no pertenecientes a la red.

Asegúrese de que sus recetas estén cubiertas!

- La lista del formulario *(la lista de medicamentos cubiertos por su plan)* se puede encontrar en línea: **www.uhh.org/fsp-ppo**
- El formulario es actualizado periódicamente. Si su receta se ve afectada, se lo notificaremos para que su médico pueda ayudarlo a encontrar la mejor alternativa.

Hospitality Rx	Su fondo de salud manejará directamente sus beneficios farmacéuticos y de medicamentos prescritos bajo el nombre de "Hospitality Rx."	
Beneficios de Medicamentos con Receta del Formulario	***Lo que paga por receta en una farmacia minorista de la red (hasta un suministro de 34 días) o pedido por correo (hasta un suministro de 60 días)***	
Ciertos medicamentos preventivos	$0	
Medicamentos genéricos y algunos de marca	$5	
Medicamentos de preferencia	$15	
Medicamentos que no sean de preferencia	$30	
Medicamentos Especializados Selectos y Biosimilares Selectos*	***Sólo pedido por correo***	
	Genérico	**De Marca**
	$5	25%
Medicamentos con Receta y Suministros No Incluidos en el Formulario	No tiene cobertura, a menos que se apruebe una excepción	
Límite de Gastos de Bolsillo	$1,600 individual; $3,200 familia	

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.*

Información de prescripción para su médico

Autorización Previa

Su médico debe solicitar la aprobación de los siguientes medicamentos antes de que los recoja: todos los medicamentos de especialidad, los biosimilares y algunos preferidos y algunos no preferidos. Si usted necesita tomar un medicamento que requiere de autorización previa, su médico debe llamar al **(844) 484-4726**.

Medicamentos Especializados

Trabajamos con WellDyne Specialty Pharmacy para obtener el mejor servicio y los mejores precios. Si necesita un medicamento especializado, usted DEBE obtenerlo a través de esta farmacia especializada. Su médico DEBE obtener primero una autorización previa. Una vez que tenga la autorización previa, llame a Welldyne Specialty para pedir su medicamento especializado: **(800) 373-1879**.

Programas que continúan ahorrándole dinero

Farmacia de Pedidos por Correo

¡Su plan le enviará el medicamento directamente a su casilla de correo y obtendrá un suministro para dos meses por un copago! 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:

- **FreeStyle** *(por Abbott)*
  Visite choosefreestyle.com o llame al **(800) 680-6850**
  Código de pedido: RAFITLWP
- **One Touch** *(por LifeScan)*
  Lleve su receta de glucómetro a una farmacia de la red y proporcione esta información:
  BIN: 601341
  RxPCN: OHS
  Group ID#: OH6504161
  ID#: NOCHARGEMETR

UNITE HERE HEALTH

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.