

Medical

Effective: 6/1/2025

Platinum 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) <u>NJ residents only</u> : 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*	\$10	
Specialist*	\$20	
• \$0 primary/specialty care at the Union Health Center in New York (unionhealthcenter.org) • \$0 copays at Pacific Cancer Care in Monterey, CA (pacificcancercare.com)		◀
Mental Health/Substance Abuse*	\$10	
Laboratory Services, X-Ray, Ultrasound	Office or non-hospital \$0	Hospital \$30
Emergency & Urgent Care	PPO Network — You Pay	
Urgent Care Center*	\$25	
Emergency Room (ER) (waived if admitted)	\$100 (same benefits out-of-network)	
Ambulance (waived if admitted)	\$50 (same benefits out-of-network)	
Inpatient Services	PPO Network — You Pay	
Hospitalization	\$100/day (\$200 maximum per hospitalization)	
Skilled Nursing Facility 60-day maximum per calendar year	\$200 per admission	
Outpatient Services	PPO Network — You Pay	
Imaging (CT, MRI, PET)	Office or non-hospital \$0	Hospital \$50
Surgery	Non-hospital \$25	Hospital \$75

Outpatient Services (Continued)	PPO Network — You Pay	
Physical & Occupational Therapy 60-visit maximum/ calendar year combined Speech Therapy 30-visit maximum/calendar year <i>*Visit limits do not apply to therapy that's part of mental health/substance abuse treatment.</i>	Office or non-hospital \$10	Hospital \$30
Infusion Medication, Chemotherapy	Home \$0	Hospital \$25
	Non-hospital \$10	
Kidney Dialysis	Office or dialysis center \$0	
Select Covered Services	PPO Network — You Pay	
Routine Podiatry 4-visit maximum per calendar year	\$10	
Podiatric Orthotics \$500 maximum every 24 months	\$0	
Chiropractic 24-visit maximum per calendar year	\$10	
Acupuncture 12-visit maximum per calendar year		
Diabetes Education Unlimited visits	\$0	
Nutritional Counseling	\$0	
Medical Equipment for Home Use (DME)	\$0	
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 (<i>see your SPD for expenses that don't count</i>)		
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 (<i>see your SPD for all services not covered</i>)		You pay 50%
<i>*Includes all care provided during the visit</i>		

Hearing Aids

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

Médica

Vigente a partir del: 6/1/2025

Platinum 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*	\$10		
Especialista*	\$20		
• La atención primaria y especializada tiene un costo de \$0 en el Union Health Center en Nueva York (unionhealthcenter.org) • Los copagos son de \$0 en Pacific Cancer Care en Monterey, CA (pacificcancer.com)			
Tratamiento de Salud Mental/ Abuso de Sustancias*	\$10		
Servicios de Laboratorio, Rayos X, Ultrasonido	Clínica o otro lugar que no sea hospital \$0	En hospital \$30	
Servicios de Emergencia y Atención de Urgencias	Usted Paga		
Centro de Urgencias*	\$25		
Sala de Emergencias (ER) (eliminado si lo admiten)	\$100 (los mismos beneficios fuera de la red)		
Ambulancia (eliminado si lo admiten)	\$50 (los mismos beneficios fuera de la red)		
Servicios con Hospitalización	Usted Paga		
Hospitalización	\$100/día (\$200 máximo por hospitalización)		
Instalaciones de Enfermería Especializada (60 días máximo por año calendario)	\$200 por admisión		
Servicios Ambulatorios	Usted Paga		
Exámenes por Imágenes (CT, MRI, PET)	Clínica o otro lugar que no sea hospital \$0	En hospital \$50	

Servicios Ambulatorios (Continuación)	Usted Paga	
Cirugía	Otro lugar que no sea hospital \$25	En hospital \$75
Terapia Física o Ocupacional Máximo de 60 visitas por año calendario combinado Terapia del Habla Máximo de 30 visitas por año calendario <i>*Los límites de visitas no aplican a terapias que forman parte del tratamiento de salud mental o por abuso de sustancias.</i>	Clínica o otro lugar que no sea hospital \$10	En hospital \$30
Medicamento por Infusión, Quimioterapia	En el hogar \$0	En hospital \$25
	Otro lugar que no sea hospital \$10	
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	\$10	
Ortopedia de Podiatría \$500 máximo cada 24 meses	\$0	
Quiropráctico Máximo de 24 visitas por año calendario	\$10	
Acupuntura Máximo de 12 visitas por año calendario		
Educación Sobre la Diabetes Visitas ilimitadas	\$0	
Asesoría Sobre Nutrición	\$0	
Equipo Médico para uso en el Hogar (DME)	\$0	
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% después del deducible
*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: 5/1/2025

Platinum 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.

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 HealthDyne 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 HealthDyne 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 HealthDyne Pharmacy (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

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	\$3
Preferred Drugs	\$15
Non-Preferred Drugs	\$30

Select Specialty and Select Biosimilar Drugs*

Mail Order Only

Generic	Brand
\$3	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.



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: 5/1/2025

Platinum 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 demedicamentos 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	\$3	
Medicamentos de preferencia	\$15	
Medicamentos que no sean de preferencia	\$30	
Medicamentos Especializados Selectos y Biosimilares Selectos*	Sólo pedido por correo	
	Genérico	De Marca
	\$3	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 HealthDyne 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 HealthDyne 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 HealthDyne Pharmacy (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