

Medical

Effective: 7/01/2023

Silver 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	\$1,500 individual; \$3,000 family	
Office Visits & Labs	PPO Network — You Pay	
Preventive Care <i>Certain routine tests and screenings like colonoscopies and mammograms; limits may apply</i>	\$0	
Primary Care*	\$25	
Specialist*	\$50	
<i>Primary/specialty care provided by the Union Health Center in New York: \$0 (unionhealthcenter.org)</i>		
Mental Health/ Substance Abuse*	\$25	
Laboratory Services, X-Ray, Ultrasound	<i>Office or non-hospital</i> \$25	<i>Hospital</i> \$100
Emergency & Urgent Care	PPO Network — You Pay	
Urgent Care Center*	\$50	
Emergency Room (ER) <i>(waived if admitted)</i>	\$200 (same benefits out-of-network)	
Ambulance	30% after deductible (same benefits out-of-network)	
Inpatient Services	PPO Network — You Pay	
Hospitalization	30% after deductible	
Skilled Nursing Facility 60-day maximum per calendar year	30% after deductible	

*Includes all care provided during the visit

Outpatient Services	PPO Network — You Pay	
Imaging (CT, MRI, PET)	<i>Office or non-hospital</i> \$175	<i>Hospital</i> \$300
Surgery	<i>Non-hospital</i> 20% after deductible	<i>Hospital</i> 30% after deductible
Knee & Hip Replacement, Weight Loss (Bariatric) Surgery <i>Call (914) 677-1601 or visit www.uhh.org/mtsina</i>	<i>Fund Center of Excellence (COE)*</i> \$0	<i>Non-COE</i> 50% after deductible if you live within 50 miles of a COE
Physical & Occupational Therapy 60-visit maximum/calendar year combined	<i>Office or non-hospital</i> \$30	<i>Hospital</i> \$60
Speech Therapy 30-visit maximum/calendar year		
Infusion Medication, Chemotherapy	<i>Home</i> \$0	<i>Hospital</i> 30% after deductible (max of \$250 per visit)
	<i>Non-hospital</i> \$25	
Kidney Dialysis	<i>Office or dialysis center</i> \$0	
Select Covered Services	PPO Network — You Pay	
Routine Podiatry 4-visit maximum per calendar year	\$25	
Podiatric Orthotics \$500 maximum every 24 months	\$0	
Chiropractic & Acupuncture 12-visit maximum per calendar year for each	\$25	
Diabetes Education Unlimited visits	\$0	
Nutritional Counseling 4-visit maximum per calendar year	\$0	
Medical Equipment for Home Use (DME)	25% after deductible	
Hearing Aids \$3,000 max reimbursement every 3 calendar years	\$0 (same benefits out-of-network)	
Home Health Care 60-visit maximum per calendar year	\$0	
Hospice Care	\$0	
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% after deductible

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/EPO)	
	Sólo para residentes de NJ: visite doctorfinder.horizonblue.com (su plan es Direct Access)	
Deducible	\$1,500 individual; \$3,000 familia	
Visitas a la Clínica y Laboratorios	Usted Paga	
Atención Preventivo <i>Ciertas pruebas y exámenes de rutina como colonoscopias y mamografías; se pueden aplicar límites</i>	\$0	
Atención Primaria*	\$25	
Especialista*	\$50	
Atención primaria/especializada proporcionada por Union Health Center: \$0 (unionhealthcenter.org)		
Tratamiento de Salud Mental/ Abuso de Sustancias*	\$25	
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*	\$50	
Sala de Emergencias (ER) <i>(eliminado si lo admiten)</i>	\$200 (los mismos beneficios fuera de la red)	
Ambulancia	30% después del deducible (los mismos beneficios fuera de la red)	
Servicios con Hospitalización	Usted Paga	
Hospitalización	30% después del deducible	
Instalaciones de Enfermería Especializada		

*Incluye toda la atención proporcionada durante la visita

Servicios Ambulatorios	Usted Paga	
Exámenes por Imágenes (CT, MRI, PET)	Clínica o otro lugar que no sea hospital \$175	En hospital \$300
Cirugía	Otro lugar que no sea hospital 20% después del deducible	En hospital 30% después del deducible
Reemplazo de rodilla y cadera, cirugía de pérdida de peso <i>Llame al (914) 677-1601 o visite www.uhh.org/mtsinai</i>	En un Centro de Excelencia (COE) del Fondo* \$0	No COE 50% después del deducible si vive dentro de las 50 millas de un COE
Terapia Física o Ocupacional Máximo de 60 visitas por año calendario combinado	Clínica o otro lugar que no sea hospital \$30	En hospital \$60
Terapia del Habla Máximo de 30 visitas por año calendario		
Medicamento por Infusión, Quimioterapia	En el hogar \$0	En hospital 30% después del deducible (máximo de \$250 por visita)
	Otro lugar que no sea hospital \$25	
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	\$25	
Ortopedia de Podiatría \$500 máximo cada 24 meses	\$0	
Quiropráctico y Acupuntura Máximo de 12 visitas por año calendario para cada	\$25	
Educación Sobre la Diabetes Visitas limitadas	\$0	
Asesoría Sobre Nutrición Máximo de 4 visitas por año calendario	\$0	
Equipo Médico para Uso en el Hogar (DME)	25% después del deducible	
Aparatos auditivos \$3,000 reembolso máximo cada 3 años calendario	\$0 (los mismos beneficios fuera de la red)	
Atención a la Salud en el Hogar Máximo de 60 visitas por año calendario	\$0	
Cuidados Paliativos (Hospicio)	\$0	
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

Prescription Drug

Effective: 01/01/2023

Silver Plus PPO

Food Service Plan (376)

Hospitality Rx	Your health fund manages your pharmacy and drug benefits directly under the name "Hospitality Rx."	
Formulary Prescription Drug Benefits	<i>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)</i>	
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	
<p><small>* 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.</small></p>		



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.

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:

- **One Touch**
onetouch.orderpoints.com or (800) 227-8862
Order code: 739WDRX01
- **FreeStyle** (by Abbott)
choosefreestyle.com or (866) 224-8892
Order code: U2L65MBU

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: 01/01/2023

Silver Plus PPO

Food Service Plan (376)

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	\$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	

* 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.



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.

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.

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:

- **One Touch**
onetouch.orderpoints.com o (800) 227-8862
Código de pedido: 739WDRX01
- **FreeStyle** (por Abbott)
choosefreestyle.com o (866) 224-8892
Código de pedido: U2L65MBU

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.