

# Medical

Effective: 7/01/2023

# 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](http://www.uhh.org/member)
- **Mobile app:** scan the QR code



iPhone



Android

## Your network is Blue Cross Blue Shield

<b>Find a doctor near you!</b>	Visit <a href="http://provider.bcbs.com">provider.bcbs.com</a> (your plan is BlueCard PPO/EPO)	
	NJ residents only: visit <a href="http://doctorfinder.horizonblue.com">doctorfinder.horizonblue.com</a> (your plan is Direct Access)	
<b>Deductible</b>	\$0	
<b>Office Visits &amp; Labs</b>	<b>PPO Network — You Pay</b>	
<b>Preventive Care</b> <i>Certain routine tests and screenings like colonoscopies and mammograms; limits may apply</i>	\$0	
<b>Primary Care*</b>	\$20	
<b>Specialist*</b>	\$40	
<i>Primary/specialty care provided by the Union Health Center in New York: \$0 (unionhealthcenter.org)</i>		
<b>Mental Health/ Substance Abuse*</b>	\$20	
<b>Laboratory Services, X-Ray, Ultrasound</b>	<i>Office or non-hospital</i> \$20	<i>Hospital</i> \$80
<b>Emergency &amp; Urgent Care</b>	<b>PPO Network — You Pay</b>	
<b>Urgent Care Center*</b>	\$40	
<b>Emergency Room (ER)</b> <i>(waived if admitted)</i>	\$150 (same benefits out-of-network)	
<b>Ambulance</b>		
<b>Inpatient Services</b>	<b>PPO Network — You Pay</b>	
<b>Hospitalization</b>	\$250 per day (\$750 max per admission)	
<b>Skilled Nursing Facility</b> 60-day maximum per calendar year	\$250 per admission	

\*Includes all care provided during the visit

<b>Outpatient Services</b>	<b>PPO Network — You Pay</b>	
<b>Imaging</b> (CT, MRI, PET)	<i>Office or non-hospital</i> \$150	<i>Hospital</i> \$250
<b>Surgery</b>	<i>Non-hospital</i> \$150	<i>Hospital</i> \$250
<b>Knee &amp; Hip Replacement, Weight Loss (Bariatric) Surgery</b> <i>Call (914) 677-1601 or visit <a href="http://www.uhh.org/mtsinai">www.uhh.org/mtsinai</a></i>	<i>Fund Center of Excellence (COE)*</i> \$0	<i>Non-COE</i> 50% if you live within 50 miles of a COE
<b>Physical &amp; Occupational Therapy</b> 60-visit maximum/calendar year combined	<i>Office or non-hospital</i> \$20	<i>Hospital</i> \$40
<b>Speech Therapy</b> 30-visit maximum/calendar year		
<b>Infusion Medication, Chemotherapy</b>	<i>Home</i> \$0	<i>Hospital</i> 20% (max of \$200 per visit)
	<i>Non-hospital</i> \$20	
<b>Kidney Dialysis</b>	<i>Office or dialysis center</i> \$0	
<b>Select Covered Services</b>	<b>PPO Network — You Pay</b>	
<b>Routine Podiatry</b> 4-visit maximum per calendar year	\$20	
<b>Podiatric Orthotics</b> \$500 maximum every 24 months	\$0	
<b>Chiropractic &amp; Acupuncture</b> 12-visit maximum per calendar year for each	\$20	
<b>Diabetes Education</b> Unlimited visits	\$0	
<b>Nutritional Counseling</b> 4-visit maximum per calendar year	\$0	
<b>Medical Equipment for Home Use (DME)</b>	25%	
<b>Hearing Aids</b> \$3,000 max reimbursement every 3 calendar years	\$0 (same benefits out-of-network)	
<b>Home Health Care</b> 60-visit maximum per calendar year	\$0	
<b>Hospice Care</b>	\$0	
<b>Out-of-Pocket Spending Limits:</b> 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)		
<b>Non-Network Services:</b> Preventive care, kidney dialysis, chiropractic care, acupuncture, routine podiatry, podiatric orthotics, medical equipment for home use, nutritional counseling, and diabetes education <b>ARE NOT AVAILABLE FROM NON-NETWORK PROVIDERS</b> (see your SPD for all services not covered)		You pay 50%

**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](http://www.uhh.org/member)
- **Aplicación móvil:** escanear el código QR



iPhone



Android

**Su red es Blue Cross Blue Shield**

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

<b>Servicios Ambulatorios</b>	<b>Usted Paga</b>	
<b>Exámenes por Imágenes</b> (CT, MRI, PET)	<i>Clínica o otro lugar que no sea hospital</i> \$150	<i>En hospital</i> \$250
<b>Cirugía</b>	<i>Otro lugar que no sea hospital</i> \$150	<i>En hospital</i> \$250
<b>Reemplazo de rodilla y cadera, cirugía de pérdida de peso</b> <i>Llame al (914) 677-1601 o visite <a href="http://www.uhh.org/mtsinai">www.uhh.org/mtsinai</a></i>	<i>En un Centro de Excelencia (COE) del Fondo*</i> \$0	<b>No COE</b> 50% si vive dentro de las 50 millas de un COE
<b>Terapia Física o Ocupacional</b> Máximo de 60 visitas por año calendario combinado <b>Terapia del Habla</b> Máximo de 30 visitas por año calendario	<i>Clínica o otro lugar que no sea hospital</i> \$20	<i>En hospital</i> \$40
<b>Medicamento por Infusión, Quimioterapia</b>	<i>En el hogar</i> \$0 <i>Otro lugar que no sea hospital</i> \$20	<i>En hospital</i> 20% (máximo de \$200 por visita)
<b>Diálisis del Riñón</b>	<i>Clínica o centro de diálisis</i> \$0	
<b>Servicios con Cobertura Selectos</b>	<b>Usted Paga</b>	
<b>Visita al podólogo</b> Máximo de 4 visitas por año calendario	\$20	
<b>Ortopedia de Podiatría</b> \$500 máximo cada 24 meses	\$0	
<b>Quiropráctico y Acupuntura</b> Máximo de 12 visitas por año calendario para cada	\$20	
<b>Educación Sobre la Diabetes</b> Visitas ilimitadas	\$0	
<b>Asesoría Sobre Nutrición</b> Máximo de 4 visitas por año calendario	\$0	
<b>Equipo Médico para Uso en el Hogar (DME)</b>	25%	
<b>Aparatos auditivos</b> \$3,000 reembolso máximo cada 3 años calendario	\$0 (los mismos beneficios fuera de la red)	
<b>Atención a la Salud en el Hogar</b> Máximo de 60 visitas por año calendario	\$0	
<b>Cuidados Paliativos (Hospicio)</b>	\$0	
<b>Límite de Gastos de Bolsillo:</b> 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 ( <i>consulte su SPD para gastos que no cuentan</i> )		
<b>Servicios Fuera de la Red:</b> 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 <b>NO ESTÁN DISPONIBLES CON PROVEEDORES FUERA DE LA RED</b> ( <i>consulte su SPD para todos los servicios que no tienen cobertura</i> )	Usted paga 50%	

# Prescription Drug

Effective: 07/01/2023

# Gold Plus PPO

Food Service Plan (376)

<b>Hospitality Rx</b>	Your health fund manages your pharmacy and drug benefits directly under the name "Hospitality Rx."	
<b>Formulary Prescription Drug Benefits</b>	<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*	<b>Mail Order Only</b>	
	<b>Generic</b>	<b>Brand</b>
	\$5	25%
<b>Non-formulary Prescription Drugs and Supplies</b>	Not covered, unless an exception is approved	
<b>Out-of-Pocket Spending Limit</b>	\$1,600 individual; \$3,200 family	
* 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.		

## Hospitality Rx

[www.hospitalityrx.org](http://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](http://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](http://onetouch.orderpoints.com) or (800) 668-7148  
Order code: 573EXP333
- **FreeStyle** (by Abbott)  
[choosefreestyle.com](http://choosefreestyle.com) or (866) 224-8892  
Order code: RAFITLWP



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: 07/01/2023

# Gold Plus PPO

Food Service Plan (376)

<b>Hospitality Rx</b>	Su fondo de salud manejará directamente sus beneficios farmacéuticos y de medicamentos prescritos bajo el nombre de "Hospitality Rx."	
<b>Beneficios de Medicamentos con Receta del Formulario</b>	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*	<b>Sólo pedido por correo</b>	
	Genérico	De Marca
	\$5	25%
<b>Medicamentos con Receta y Suministros No Incluidos en el Formulario</b>	No tiene cobertura, a menos que se apruebe una excepción	
Límite de Gastos de Bolsillo	\$1,600 individual; \$3,200 familia	
<small>* 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.</small>		



### Hospitality Rx

[www.hospitalityrx.org](http://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](http://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](http://onetouch.orderpoints.com) o (800) 668-7148  
Código de pedido: 573EXP333
- **FreeStyle** (por Abbott)  
[choosefreestyle.com](http://choosefreestyle.com) o (866) 224-8892  
Código de pedido: RAFITLWP

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.