

¡SU ACCIÓN ES REQUERIDA!

¿Preguntas? Llame al Fondo: (855) 405-FUND

1

Seleccione un dentista Cigna

¿Posee beneficios dentales? De ser así, no entran en efecto hasta que usted seleccione a un dentista. Llame a Cigna al (800) 244-6224 (Cigna24).

2

Visite a un doctor sin salir de su hogar

Hable por video con un doctor certificado 24/7 para cosas como resfriado, gripe, volver a surtir una prescripción y problemas de salud de niños. Para más información, visite: www.doctorondemand.com/uhh

3

Proteja a su familia—presente un formulario para Beneficiario de seguro de vida

Nunca sabe que puede suceder. Asegúrese que su familia esté protegida. Complete este formulario y envíelo de regreso a el Fondo en el sobre adjunto.

4

Asegúrese que sus prescripciones estén cubiertas

Hable con su doctor y visite nuestro sitio web para asegurarse que los medicamentos que está tomando estén cubiertos: www.uhh.org/hospitality



HOSPITALITY PLAN
— UNITE HERE HEALTH —

Mantenga su Documento del Resumen del Plan (SPD)
a la mano y para futura referencia cuando tenga
preguntas acerca del plan.

¡Bienvenido a UNITE HERE HEALTH!

El material de este paquete incluye información sobre *todos* los beneficios ofrecidos por nuestro Hospitality Plan. Puede que usted no tenga todos estos beneficios. *(Sus beneficios son determinados por su acuerdo de negociación colectiva y su selección de opciones de inscripción)*. Si usted tiene preguntas acerca de su cobertura o sus beneficios específicos, póngase en contacto con el Fondo:

(855) 405-FUND • www.uhh.org



¿Ha seleccionado un dentista Cigna?

¡Sus beneficios dentales no están disponibles hasta que lo haga!

Todavía tengo que elegir un dentista

Llámenos al **(800) 244-6224** (Cigna24)

Se me asignó un dentista

Asegúrese de que este es el dentista que usted desea. En caso contrario, llame a Cigna para hacer un cambio: **(800) 244-6224** (Cigna24)

Ya elegí un dentista

Asegúrese de que el dentista que eligió sea el dentista que aparece en su tarjeta de identificación dental (*enviada por correo de forma separada*)

¿Tiene preguntas? ¡Llame a Cigna!





Formulario para beneficiario de seguro de vida

Devuelva este formulario completo a: UNITE HERE HEALTH, 711 N. Commons Dr., Aurora, IL 60506

1: Información sobre el empleado

Apellido ▾	Nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento (mes-día-año)	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Dirección ▾	Apt #	Teléfono ()	Celular ()	
Cuidad ▾	Condado	Estado	Código postal	Numero de seguro social ▾ - -
Dirección de correo electrónico				

2: Beneficiarios primarios del seguro de vida

Si usted nombra más de un beneficiario principal, pero deja en blanco la sección "Distribución de los beneficios" (Share of Benefit), estos compartirán los beneficios de forma equitativa. Si uno de ellos fallece antes que usted, su parte se dividirá de forma equitativa entre los demás beneficiarios principales (a menos que usted indique lo contrario). Las mismas reglas se aplican a sus beneficiarios secundarios. Si necesita agregar más beneficiarios, use otra hoja de papel.

La suma de todas las partes deberá ser igual al 100%

Nombre	Parentesco	# de Seguro Social (si está disponible)	Fecha de Nacimiento	Porcentaje del Beneficio
		- -		%
Dirección			Teléfono	
Nombre	Parentesco	# de Seguro Social (si está disponible)	Fecha de Nacimiento	Porcentaje del Beneficio
		- -		%
Dirección			Teléfono	
Nombre	Parentesco	# de Seguro Social (si está disponible)	Fecha de Nacimiento	Porcentaje del Beneficio
		- -		%
Dirección			Teléfono	
Nombre	Parentesco	# de Seguro Social (si está disponible)	Fecha de Nacimiento	Porcentaje del Beneficio
		- -		%
Dirección			Teléfono	

3: Beneficiarios secundarios del seguro de vida

Por favor anote a quién usted desea que reciba su beneficio del seguro de vida en el caso de que su(s) beneficiario(s) primario(s) listado(s) más arriba no lo sobreviva(n) a usted.

Nombre	Parentesco	# de Seguro Social (si está disponible)	Fecha de Nacimiento	Porcentaje del Beneficio
		- -		%
Dirección			Teléfono	
Nombre	Parentesco	# de Seguro Social (si está disponible)	Fecha de Nacimiento	Porcentaje del Beneficio
		- -		%
Dirección			Teléfono	
Nombre	Parentesco	# de Seguro Social (si está disponible)	Fecha de Nacimiento	Porcentaje del Beneficio
		- -		%
Dirección			Teléfono	

4: Firma

La cobertura está sujeta a los requerimientos de elegibilidad del Plan, y todos los beneficios del Plan están sujetos a las reglas adoptadas por el Consejo Administrativo de UNITE HERE HEALTH. Este formulario reemplaza todas las designaciones de beneficiarios previas, y debe ser firmado y fechado para ser válido, y no será efectivo hasta ser recibido por la oficina del UNITE HERE HEALTH.

Nombre en imprenta _____

Firma _____ Fecha _____



Sus Beneficios Farmacéuticos y de Medicamentos



En lugar de utilizar una empresa externa costosa, su fondo de salud manejará directamente sus beneficios farmacéuticos y de medicamentos prescritos. (Esto aparecerá en los materiales escritos que le enviamos bajo el nombre de "Hospitality Rx.")

¿Cuáles son mis copagos para medicamentos recetados?

	Gold Plus	Silver Plus
Medicamentos Genéricos en el formulario	Copago de \$10 dólares por prescripción	Copago de \$10 dólares por prescripción
Medicamentos de Marca en el formulario	Copago de \$30 dólares por prescripción	Copago de \$30 dólares por prescripción
Medicamentos Especializados y Biosimilares	25% de coseguro (\$50 máximo por prescripción)	25% de coseguro (\$50 máximo por prescripción)
Pedidos por Correo	Los mismos copagos antes mencionados para un suministro de 60 días	Los mismos copagos antes mencionados para un suministro de 60 días

¿Cómo me aseguro de tomar un medicamento recetado que esté cubierto (en el "Formulario")?

El listado de los medicamentos cubiertos que entran bajo la categoría de genéricos, de marca, de especialidad y biosimilares se publicarán en nuestro sitio web, www.uhh.org/hospitality.

Las compañías farmacéuticas pueden cambiar su precio y los medicamentos a menudo se convierten demasiado costosos. Otros medicamentos que son igual de buenos—incluso algunos que tienen los mismos componentes—a menudo están disponibles a un precio más accesible.

Su fondo de salud está constantemente buscando obtener el mejor precio para usted, mientras mantiene el acceso a los medicamentos que usted necesita. Esto significa que algunos medicamentos genéricos y de marca no están cubiertos por su plan (no están en el "Formulario"). **Si actualmente está tomando un medicamento que NO se encuentra en el formulario para los medicamentos genéricos y de marca, lleve esta lista con su médico y pregúntele acerca de un medicamento alternativo que se encuentre en el formulario.** El formulario podría cambiar durante el año. Si su prescripción se viera afectada por esta situación, se le notificará antes del cambio.

Así también, los medicamentos especiales tendrán que ser solicitados por correo a través de una farmacia especial—consulte la sección "Medicamentos especializados" en la página 2.

Farmacias dentro de la red

Para encontrar una farmacia de la red, visite nuestro sitio web, www.uhh.org/hospitality

- ✓ Walgreens
- ✓ Duane Reade
- ✓ Target
- ✓ Costco
- ✓ Kroger/Fred Meyer/Fry's/ King Soopers
- ✓ Ralph's
- ✓ Safeway
- ✓ Vons/Pavilion
- ✓ Supervalu
- ✓ Albertsons
- ✓ RiteAid/Brooks/Eckerd
- ✓ Pathmark/ Waldbaums
- ✓ Martins/Giant/Stop & Shop
- ✓ United Drug
- ✓ K-Mart
- ✓ Shoprite
- ✓ Winn Dixie
- ✓ Randalls
- ✓ Tom Thumb

Farmacias que su plan de salud NO cubre

- ✗ CVS
- ✗ CVS/Longs
- ✗ Wal-Mart
- ✗ Algunas farmacias locales independientes

Programas que su médico debe utilizar

UNITE HERE HEALTH usa importantes medidas de seguridad para asegurarse que usted tenga acceso a un mejor valor y alta calidad de medicamentos seguros:

Autorización Previa

Su médico debe solicitar la aprobación para todos medicamentos especiales, biosimilares y algunos medicamentos de marca antes que la prescripción sea recogida. Si usted necesita tomar un medicamento que requiere de autorización previa, su médico debe llamar al: **844-813-3860**.

Terapia Escalonada

Antes de utilizar algunos medicamentos que son costosos, usted y su médico deben probar medicamentos de menor precio que han demostrado ser igual de efectivos y seguros—incluso algunas veces tienen los mismos componentes.

Formulario Inteligente

Su plan de salud no cubre algunos medicamentos de alto costo que tienen alternativas más accesibles y que han demostrado ser igual de efectivos—incluso algunas veces tienen los mismos componentes.

Programa de Límite de Cantidad

A esta a veces se le conoce como "límites de distribución." Si usted está recibiendo más de lo que se considera seguro por la Agencia Estadounidense de Alimentos y Medicamentos (FDA, según sus siglas en inglés), su fondo de salud no pagará por ello.

- ✓ Estos programas contribuyen a que usted y su fondo de salud ahorren dinero, lo mantienen seguro y previenen el abuso del uso medicamentos y el fraude.
- ✓ Sabemos que a veces es médicamente necesario tomar un medicamento, incluso si es la opción más costosa. En estas situaciones, su médico debe obtener la aprobación llamando al: 844-813-3860.
- ✓ Los medicamentos pueden ser agregados a la Lista de la Terapia escalonada cada 1ero. de enero, y en la lista de autorización previa durante todo el año. *Si su prescripción se viera afectada por estas actualizaciones, se le notificará antes del cambio.*

Programas que le ahorrarán dinero

Farmacia de Pedidos por Correo

Su plan le enviará la medicina directamente a su buzón de correo, y ¡le costará menos! Para inscribirse, comuníquese con nuestro asociado de farmacia de pedidos por correo, WelldyneRx, al: **844-813-3860**.

Suministros para Diabéticos

Puede obtener suministros para la diabetes en cualquier farmacia minorista que está en la red o por correo. Si necesita un nuevo glucómetro, puede obtener uno GRATIS llamando al:

- **One Touch:** 800-227-8862 o
- **Trividia:** 888-883-7091

¿MÁS PREGUNTAS?

Llámenos:
(855) 405-FUND (3863)

Medicamentos de Especialidad

Esto incluye medicamentos para tratar condiciones tales como la deficiencia de la hormona de crecimiento, hepatitis C, deficiencia inmunológica, hemofilia, esclerosis múltiple y artritis reumatoide.

- Trabajamos con AllianceRx Walgreens Prime para obtener el mejor servicio y los mejores precios. Si usted necesita un medicamento de especialidad, DEBE obtenerlo a través de esta farmacia especializada. Su médico debe primero obtener aprobación llamando al: **844-813-3860**.
- Nosotros le ayudaremos en este proceso de transición. **Si actualmente está tomando un medicamento especializado, que se encuentre en el formulario de medicamentos de especialidades, solicite a su médico que nos llame al: 877-647-5807 para ayudarle a solventar sus dudas de cómo hacer la transición a AllianceRx Walgreens Prime.**
- Debido a un nuevo e interesante programa que estamos utilizando, usted puede pagar menos algunos meses por sus medicamentos de especialidad que el pago efectuado en el listado de copago máximo—le ofreceremos mayores detalles en cuanto nos pongamos en contacto con usted.