

Benefits at a Glance

Plan 100A
Class I and Class II

UNITE HERE HEALTH

Your health fund!

www.uhh.org • (866) 261-5676

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



Need to see a doctor NOW?

Your telemedicine benefit offers 24/7 care with \$0 copay!

Scan the QR code to download the Amwell mobile app.



- You'll need a "service key" (enter: **UHH**)
- Select your insurance: Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey
- Enter your Subscriber ID (the member ID from your Horizon BCBS ID card)

You can also call Amwell: (844) 733-3627.

Your BCBS network depends on where you live...

Find a doctor near you!

NJ residents only: your network is Horizon Direct Access (visit doctorfinder.horizonblue.com)

Everyone else: your network is BlueCard PPO (visit provider.bcbs.com)

Other important contact info

Prior authorization

For diagnostic imaging, cardiology, radiation therapy, and genetic testing

eviCore
(866) 496-6200

For all other medical services

Horizon
(866) 899-0626

Prescription Drugs (Hospitality Rx)

Find a network pharmacy or get pharmacy prior authorization

(844) 813-3860
hospitalityrx.org

Mail order (WellDyneRx)

(844) 813-3860

Specialty drugs (WellDyne Specialty Pharmacy)

(800) 373-1879

Delta Dental of Illinois

(800) 323-1743
deltadentalil.com

Davis Vision

(800) 999-5431
davisvision.com

About your coverage:

The plan provides two levels of benefits — Class I and Class II — each determined by the days/hours of work you are credited with during a work period. Coverage for your dependents is available at no cost to you.



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 at (866) 261-5676.

Medical Benefits

Effective 1/1/2023

| MEDICAL | At network providers, you pay... | | | | | |
|--|--|--|-------------------------|---|--|-------------------------|
| | Class I | | | Class II | | |
| Deductible | \$0 | | | \$0 | | |
| Office Visits & Labs | Class I | | | Class II | | |
| Preventive Care <i>Certain routine tests and screenings like colonoscopies and mammograms; limits may apply</i> | \$0 | | | \$0 | | |
| Primary Care at Designated Medical Groups and Union Health Center | \$0 | | | \$0 | | |
| Primary Care at other providers | \$10 | | | \$10 | | |
| Covered Services provided by the Union Health Center | \$0 | | | \$0 | | |
| Amwell (<i>telehealth</i>) | \$0 | | | \$0 | | |
| Mental Health/Substance Abuse Visits | \$10 | | | \$10 | | |
| Specialist Visits | \$20 | | | \$20 | | |
| Laboratory Services | <i>Non-hospital</i> \$10 | <i>Hospital</i> \$20 | | <i>Non-hospital</i> \$10 | <i>Hospital</i> \$20 | |
| Radiology (<i>x-ray, ultrasound</i>) | <i>Non-hospital</i> \$20 | <i>Hospital</i> \$50 | | <i>Non-hospital</i> \$20 | <i>Hospital</i> \$50 | |
| Emergency Care Services | Class I | | | Class II | | |
| Urgent Care Center | \$10/visit | | | \$10/visit | | |
| Emergency Room Services | \$150/visit | | | \$150/visit (Plan pays up to \$900/visit) | | |
| Ambulance | \$100/trip | | | \$150/trip | | |
| Inpatient Services (<i>facility fees</i>) | Class I | | | Class II | | |
| Hospitalization (<i>including residential treatment</i>) | \$50/day | | | Plan pays up to \$2,500/admission | | |
| Skilled Nursing Facility | \$0 | | | | | |
| Outpatient Services | Class I | | | Class II | | |
| Cardiac Testing and Diagnostic Imaging (<i>CAT/CT, MRI, PET scans, etc.</i>) | <i>Non-hospital</i> \$30 | <i>Hospital</i> \$100 | | <i>Non-hospital</i> \$30 | <i>Hospital</i> \$100 | |
| Surgery | <i>Non-hospital</i> \$20 | <i>Hospital</i> \$50 | | <i>Non-hospital/Hospital</i> \$100 (Plan pays up to \$900/visit) | | |
| Knee & Hip Replacement, Weight Loss (Bariatric) Surgery at a Fund Center of Excellence | \$0 Call (914) 677-1601 or visit uhh.org/mtsinai | | | Not applicable | | |
| Physical, Speech, and Occupational Therapy | \$20 | | | \$20 | | |
| Chemotherapy/ Infusion Therapy | <i>Home</i> \$0 | <i>Office or Infusion Center</i> \$20 | <i>Hospital</i> \$50 | <i>Home</i> \$0 | <i>Office or Infusion Center</i> \$20 | <i>Hospital</i> \$50 |
| Radiation Therapy | \$20 | | | \$20 | | |
| Kidney Dialysis | \$0 | | | \$0 | | |
| Other Care and Expenses | Class I | | | Class II | | |
| Routine Podiatry (<i>4-visit maximum/person/calendar year</i>) | \$20 | | | \$20 | | |
| Podiatric Orthotics (<i>per person/calendar year</i>) | \$500 maximum | | | Not covered | | |
| Acupuncture; Chiropractic Care (<i>24-visit maximum/person/calendar year for each</i>) | \$10 | | | \$10 | | |
| Diabetes Education | \$0 | | | \$0 | | |

Medical & Rx Benefits

| Other Care and Expenses | Class I | Class II | |
|---|--|--|--------------|
| Nutrition Counseling (4-visit max/person/calendar year) | \$0 | \$0 | |
| Medical Equipment for Home Use (DME) | 20% | Not covered | |
| Hearing Aids (device only) | \$3,000 max reimbursement for prescription hearing aids every 3 calendar years | Not covered | |
| Home Healthcare | \$0 | \$0 | |
| Hospice Care | \$0 | \$0 | |
| All Other Covered Expenses | 20% | Not covered | |
| Out-of-pocket Spending Limits | \$5,000 individual/\$10,000 family | \$6,600 individual/\$13,200 family | |
| Non-Network Coverage | Class I | Class II | |
| Deductible | \$400/individual; \$1,000/family (no deductible when you stay in network) | NOT covered (except ambulance transportation and emergency services) | |
| Non-Network Services | 50% after deductible | | |
| Non-Network Services that are NOT covered | Preventive healthcare, chiropractic care, acupuncture, routine podiatry, skilled nursing facility, diabetes education, nutrition counseling, durable medical equipment, podiatric orthotics, and sleep studies | | |
| PRESCRIPTION DRUG | | Your health fund manages your pharmacy and drug benefits directly under the name "Hospitality Rx." | |
| Class I | | | |
| Formulary Prescription Drug Benefits | What you pay per prescription at network providers... | | |
| | Retail Pharmacy up to a 34-day supply | Mail Order Pharmacy up to a 60-day supply | |
| Certain Preventive Drugs | \$0 | | |
| Generic and Some Brand Drugs | \$1 | | |
| Preferred Drugs | \$15 | | |
| Non-Preferred Drugs | \$30 | | |
| Select Specialty and Select Biosimilar Drugs* | Not covered | Generic \$1 | Brand 25% |
| Non-formulary Prescription Drugs and Supplies | Not covered, unless an exception is approved | | |
| Out-of-pocket Spending Limits | \$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. | | | |
| Network Pharmacies | | Non-Network Pharmacies (not covered) | |
| CVS, Costco, Stop & Shop, Shoprite | | Duane Reade, Rite Aid, Walgreens, certain independent pharmacies | |

Rx & Additional Benefits

| PRESCRIPTION DRUG | | <i>What you pay per prescription at network providers...</i> | |
|--|--|---|---|
| Class II <i>Remember, this benefit is limited to preventive healthcare drugs and supplies.</i> | | Retail Pharmacy <i>up to a 34-day supply</i> | Mail Order Pharmacy <i>up to a 60-day supply</i> |
| Certain Preventive Drugs | | \$0 | |
| All Other Drugs | | Not covered | |
| Non-Formulary Prescription Drugs and Supplies | | Not covered | |
| DENTAL <i>Delta Dental PPO network</i> | | At network providers, you pay... | At Delta Dental Premier network & non-network providers, you pay... |
| Diagnostic, Preventive, and Minor Restorative Services <i>(examples: x-rays, routine cleaning, fillings)</i> | | \$0 | 30% |
| Endodontic and Periodontic Services, Oral Surgery, and Prosthodontic Maintenance <i>(examples: root canals, periodontal (gum) maintenance, extractions)</i> | | 20% | 40% |
| Prosthodontic and Major Restorative Services and Implants <i>(examples: complete or partial dentures, bridges, crowns)</i> | | 40% | 60% |
| Orthodontic Treatment — limited to children under 19 | | \$0 | \$0 |
| Calendar Year Maximum Benefit For Dental (<i>non-ortho</i>) Treatment | | \$3,000 per person | |
| Lifetime Maximum Benefit For Orthodontia Treatment | | \$5,000 per child | |
| VISION <i>Davis Vision network—Covered once every calendar year</i> | | At network providers, you pay... | At non-network providers, you pay... |
| Retinal Imaging | | \$20 per exam | Not covered |
| Eye Exams | | \$0 | 1) Pay provider at time of service 2) Submit a claim to Davis 3) Get reimbursed: \$75 maximum for an exam and \$175 maximum for all materials, evaluations, and fittings combined |
| Frames | | \$0 for Fashion, Designer & Premier levels in Davis Vision Collection \$150 allowance for other frames plus 20% off balance; no copay | |
| Lenses | | \$0 | |
| Cosmetic Contacts (<i>instead of glasses</i>) | | \$0 for Davis Vision Collection \$150 allowance for other contacts plus 15% off balance; \$60 allowance for evaluation & fitting; no copay | |
| LIFE INSURANCE | | The Plan pays \$20,000 for each | |
| ACCIDENTAL DEATH & DISMEMBERMENT | | | |

Resumen de Beneficios

Plan 100A
Clase I y Clase II

UNITE HERE HEALTH: Su fondo de salud!

www.uhh.org • (866) 261-5676

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



iPhone

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



Android

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

Su red de BCBS depende del lugar donde vive...

¡Encuentre un médico cerca de usted!!

Sólo para residentes de NJ: su red es Horizon Direct Access (visite doctorfinder.horizonblue.com)

Todos los demás: su red es BlueCard PPO (visite provider.bcbs.com)

Otra información de contacto importante

Autorización previa

Para diagnóstico por imágenes, cardiología, radioterapia y pruebas genéticas

eviCore
(866) 496-6200

Para todos los demás servicios médicos

Horizon
(866) 899-0626

Medicamentos recetados (Hospitality Rx)

Busque una farmacia de la red u obtenga autorización previa para farmacia

(844) 813-3860
hospitalityrx.org

Pedidos por correo postal (WellDyneRx)

(844) 813-3860

Medicamentos especializados (WellDyne Specialty Pharmacy)

(800) 373-1879

Delta Dental of Illinois

(800) 323-1743
deltadentalil.com

Davis Vision

(800) 999-5431
davisvision.com



¿Necesita ver a un médico EN ESTE MOMENTO?

¡Su beneficio de telemedicina ofrece atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana con un copago de \$0!



Escanee el código QR para descargar la aplicación móvil de Amwell.

- Necesitará una "clave de servicio" (ingrese: **UHH**)
- Seleccione su seguro: Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey
- Ingrese su identificación de suscriptor (la identificación de miembro de su tarjeta de identificación de Horizon BCBS)

También puede llamar a Amwell: (844) 733-3627.

Acerca de su cobertura:

El plan proporciona dos niveles de beneficios—Clase I y Clase II—cada uno determinado por los días/horas de trabajo que se le acreditan durante un período de trabajo. La cobertura para sus dependientes está disponible sin costo para usted.

UNITEHERE
HEALTH

Beneficios Médicos

Vigente 1/1/2023

| MÉDICO | En los proveedores de la red, usted paga... | | | | | |
|--|---|--|---------------------|---|--|---------------------|
| Deducible | Clase I | | | Clase II | | |
| | \$0 | | | \$0 | | |
| Visitas a la Clínica y Laboratorios | Clase I | | | Clase II | | |
| Atención Preventivo <i>Ciertas pruebas y exámenes de rutina como colonoscopias y mamografías; se pueden aplicar límites</i> | \$0 | | | \$0 | | |
| Atención Primaria en Grupos Médicos Designados y el Union Health Center | \$0 | | | \$0 | | |
| Atención Primaria en otros proveedores | \$10 | | | \$10 | | |
| Servicios Cubiertos proporcionados por el Union Health Center | \$0 | | | \$0 | | |
| Amwell (telesalud) | \$0 | | | \$0 | | |
| Visitas de Salud Mental/Abuso de Sustancias | \$10 | | | \$10 | | |
| Visitas al Especialista | \$20 | | | \$20 | | |
| Servicios de Laboratorio | Otro lugar que no sea hospital \$10 | En hospital \$20 | | Otro lugar que no sea hospital \$10 | En hospital \$20 | |
| Radiología (radiografía, ultrasonido) | Otro lugar que no sea hospital \$20 | En hospital \$50 | | Otro lugar que no sea hospital \$20 | En hospital \$50 | |
| Servicios de Atención de Urgencia | Clase I | | | Clase II | | |
| Centro de Atención de Urgencias | \$10/visita | | | \$10/visita | | |
| Servicios de la Sala de Emergencias | \$150/visita | | | \$150/visita (el Plan paga hasta \$900/visita) | | |
| Ambulancia | \$100/viaje | | | \$150/viaje | | |
| Servicios con Hospitalización (cargos de las instalaciones) | Clase I | | | Clase II | | |
| Hospitalización (incluyendo tratamiento residencial) | \$50/día | | | El Plan paga hasta \$2,500/admisión | | |
| Instalaciones de Enfermería Especializada | \$0 | | | | | |
| Servicios Ambulatorios | Clase I | | | Clase II | | |
| Pruebas Cardíacas y Diagnóstico por Imagen (CAT/CT, MRI, escáner TEP, etc.) | Otro lugar que no sea hospital \$30 | En hospital \$100 | | Otro lugar que no sea hospital \$30 | En hospital \$100 | |
| Cirugía | Otro lugar que no sea hospital \$20 | En hospital \$50 | | Otro lugar que no sea hospital/En hospital \$100 (el Plan paga hasta \$900/visita) | | |
| Reemplazo de rodilla y cadera, cirugía de pérdida de peso (Bariátrica) en un Centro de excelencia del Fondo | \$0 Llame al (914) 677-1601 o visite uhh.org/mtsinai | | | No corresponde | | |
| Terapia Física, del Habla y Ocupacional | \$20 | | | \$20 | | |
| Quimioterapia/Terapia de Infusión | En el Hogar \$0 | Consultorio o centro de infusión \$20 | En hospital \$50 | En el Hogar \$0 | Consultorio o centro de infusión \$20 | En hospital \$50 |
| Terapia de Radiación | \$20 | | | \$20 | | |
| Diálisis Renal | \$0 | | | \$0 | | |
| Otros Cuidados y Gastos | Clase I | | | Clase II | | |
| Podiatría de Rutina (4-visitax máximo/persona/año calendario) | \$20 | | | \$20 | | |
| Ortopedia Podiátrica (por persona/año calendario) | \$500 máximo | | | No tiene cobertura | | |
| Acupuntura; Cuidado Quiropráctico (Máximo de 24 visitas/persona/año calendario para cada uno) | \$10 | | | \$10 | | |
| Educación sobre la Diabetes | \$0 | | | \$0 | | |

Beneficios Médicos y de Prescripción

| Otros Cuidados y Gastos | Clase I | Clase II | |
|---|---|---|--------------|
| Asesoría Nutricional (4-visitas máximo/persona/año calendario) | \$0 | \$0 | |
| Equipo Médico para Uso en el Hogar (DME) | 20% | No tiene cobertura | |
| Aparatos auditivos (solo dispositivo) | Reembolso máximo de \$3,000 para aparatos auditivos recetados cada 3 años calendario | No tiene cobertura | |
| Servicios del Cuidado de la Salud en el Hogar | \$0 | \$0 | |
| Servicios de Hospicio | \$0 | \$0 | |
| Todos los Demás Gastos Cubiertos | 20% | No tiene cobertura | |
| Límite de Gastos de Bolsillo | \$5,000 individual/\$10,000 familia | \$6,600 individual/\$13,200 familia | |
| Cobertura Fuera de la Red | Clase I | Clase II | |
| Deducible | \$400/individual y \$1,000/familia (sin deducible cuando usted permanece dentro de la red) | NO tiene cobertura (excepto transporte en ambulancia y servicios de emergencia) | |
| Servicios Fuera de la Red | 50% después del deducible | | |
| Servicios Fuera de la Red que NO están cubiertos | Atención médica preventiva, cuidado quiropráctico, acupuntura, podiatría de rutina, centro de enfermería especializada, educación sobre la diabetes, asesoría nutricional, equipo médico duradero, ortopedia podiátrica, y estudios del sueño | | |
| BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS | | | |
| Su fondo de salud manejará directamente sus beneficios farmacéuticos y demedicamentos prescritos bajo el nombre de "Hospitality Rx." | | | |
| Clase I | | | |
| Beneficios de medicamentos recetados del formulario | En los proveedores de la red, usted paga... | | |
| | Farmacia minorista hasta un suministro de 34 días | Farmacia de pedidos por correo postal hasta un suministro de 60 días | |
| Ciertos medicamentos preventivos | \$0 | | |
| Medicamentos genéricos y algunos de marca | \$1 | | |
| Medicamentos de preferencia | \$15 | | |
| Medicamentos que no sean de preferencia | \$30 | | |
| Medicamentos especializados selectos y biosimilares selectos* | No cubiertos | Genéricos \$1 | De marca 25% |
| Medicamentos y suministros recetados que no se encuentran en el formulario | No cubiertos, 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. | | | |
| Farmacias Dentro de la Red | Farmacias Fuera de la Red (no cubiertas) | | |
| CVS, Costco, Stop & Shop, Shoprite | Duane Reade, Rite Aid, Walgreens, ciertas farmacias locales independientes | | |

Prescripciones y Beneficios Adicionales

| BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS | | En los proveedores de la red, usted paga... | |
|--|--|--|--|
| Clase II Recuerde, este beneficio está limitado a medicamentos y suministros de atención médica preventiva. | | Farmacia minorista hasta un suministro de 34 días | Farmacia de pedidos por correo postal hasta un suministro de 60 días |
| Ciertos medicamentos preventivos | | \$0 | |
| Todos los demás medicamentos | | No tiene cobertura | |
| Medicamentos y suministros recetados que no se encuentran en el formulario | | No tiene cobertura | |
| DENTAL La Red Delta Dental PPO | | En los proveedores de la red, usted paga... | En Delta Dental Premier Dentists y proveedores fuera de la red, usted paga... |
| Servicios de Diagnóstico, Prevención y Restaurativos Menores (ejemplos: radiografías, limpieza de rutina, empastes) | | \$0 | 30% |
| Servicios de Endodoncia y Periodontales, Cirugía Oral y Mantenimiento Protésico (ejemplos: endodoncias, mantenimiento periodontal (encías), extracciones) | | 20% | 40% |
| Servicios de Prostodoncia y Restauración Mayor y Implantes (ejemplos: dentaduras postizas completas o parciales, puentes, coronas) | | 40% | 60% |
| Tratamiento de Ortodoncia (limitado a niños mejores de 19 años) | | \$0 | \$0 |
| Beneficio Máximo por Año Calendario para el Tratamiento Dental (No Orto) | | \$3,000 por persona | |
| Beneficio Máximo de por Vida para el Tratamiento de Ortodoncia | | \$5,000 por niño/a | |
| VISIÓN La Red Davis Vision—Cubierto una vez por año calendario | | En los proveedores de la red, el plan paga... | En proveedores fuera de la red, el plan paga... |
| Imágenes de la retina | | \$20 por examen | No está cubierto |
| Exámenes de la vista | | \$0 | 1) Pagar al proveedor al momento del servicio 2) Presentar un reclamo a Davis 3) Reciba un reembolso: hasta \$75 por un examen y hasta \$175 por materiales, evaluaciones y ajustes combinados |
| Aros | | \$0 para los niveles de Moda, Diseñador y Premier en la colección de Davis Vision Asignación de \$150 para otros marcos más 20% de descuento en el saldo; sin copago | |
| Lentes | | \$0 | |
| Lentes de contacto cosméticos En vez de anteojos | | \$0 por la colección de Davis Vision Asignación de \$150 para otros contactos más 15% de descuento en el saldo; Asignación de \$60 para evaluación y ajuste; sin copago | |
| SEGURO DE VIDA MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO | | El plan paga \$20,000 por cada | |