

# Benefits at a Glance

Plan 105  
Class I and Class II

## UNITE HERE HEALTH

Your health fund!

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



iPhone



Android



## 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](http://doctorfinder.horizonblue.com))

Everyone else: your network is BlueCard PPO (visit [provider.bcbs.com](http://provider.bcbs.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.

## Other important contact info

<p><b>Prior authorization</b> Get approval for certain health benefits (if you need a transplant, you can also visit <a href="http://uhh.org/transplant">uhh.org/transplant</a>)</p>	HealthCheck360 (844) 462-7812
<p><b>Free 24/7 Nurse Line</b></p>	HealthCheck360 (855) 752-2370
<p><b>Prescription Drugs (Hospitality Rx)</b> Find a network pharmacy or get pharmacy prior authorization</p>	(844) 813-3860 <a href="http://hospitalityrx.org">hospitalityrx.org</a>
<p>Mail order (HealthDyne)</p>	(844) 813-3860
<p>Specialty drugs (HealthDyne Specialty Pharmacy)</p>	(800) 373-1879
<p><b>Delta Dental of Illinois</b></p>	(800) 323-1743 <a href="http://deltadentalil.com">deltadentalil.com</a>
<p><b>Davis Vision</b></p>	(800) 999-5431 <a href="http://davisvision.com">davisvision.com</a>

*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 1/2026

MEDICAL	At network providers, you pay...					
	Class I			Class II		
<b>Deductible</b>	\$0			\$0		
<b>Office Visits &amp; Labs</b>	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	\$20			\$20		
Covered Services provided by the Union Health Center	\$0			\$0		
Mental Health/Substance Abuse Visits	\$20			\$20		
Specialist Visits	\$30			\$30		
Laboratory Services	<i>Non-hospital</i> \$20	<i>Hospital</i> \$40		<i>Non-hospital</i> \$20	<i>Hospital</i> \$40	
Radiology (x-ray, ultrasound)	<i>Non-hospital</i> \$30	<i>Hospital</i> \$75		<i>Non-hospital</i> \$30	<i>Hospital</i> \$75	
<b>Emergency Care Services</b>	Class I			Class II		
Urgent Care Center	\$50/visit			\$50/visit		
Emergency Room Services	\$200/visit			\$200/visit (Plan pays up to \$900/visit)		
Ambulance	\$100/trip			\$150/trip		
<b>Inpatient Services (facility fees)</b>	Class I			Class II		
Hospitalization (including residential treatment)	\$50/day			\$0 (Plan pays up to \$2,500/admission)		
Skilled Nursing Facility	\$0					
<b>Outpatient Services</b>	Class I			Class II		
Cardiac Testing and Diagnostic Imaging (CAT/CT, MRI, PET scans, etc.)	<i>Non-hospital</i> \$50	<i>Hospital</i> \$100		<i>Non-hospital</i> \$50	<i>Hospital</i> \$100	
Surgery	<i>Non-hospital</i> \$30	<i>Hospital</i> \$75		<i>Non-hospital/Hospital</i> \$100 (Plan pays up to \$900/visit)		
Physical, Speech, and Occupational Therapy	\$30			\$30		
Chemotherapy/ Infusion Therapy	<i>Home</i> \$0	<i>Office or Infusion Center</i> \$30	<i>Hospital</i> \$75	<i>Home</i> \$0	<i>Office or Infusion Center</i> \$30	<i>Hospital</i> \$75
Radiation Therapy	\$30			\$30		
Kidney Dialysis	\$0			\$0		
<b>Other Care and Expenses</b>	Class I			Class II		
Routine Podiatry (4-visit maximum/person/calendar year)	\$30			\$30		
Podiatric Orthotics (per person/calendar year)	\$0 (Plan pays up to \$500)			Not covered		
Acupuncture; Chiropractic Care (24-visit maximum/person/calendar year for each)	\$20			\$20		
Diabetes Education	\$0			\$0		

# Medical & Rx Benefits

Other Care and Expenses	Class I	Class II	
Nutrition Counseling	\$0	\$0	
Medical Equipment for Home Use (DME)	20%	Not covered	
Home Healthcare	\$0	\$0	
Hospice Care	\$0	\$0	
Transplant (including evaluation) and CAR-T Therapy Services	You MUST use the Optum or Cigna LifeSOURCE network; prior authorization is required—call HealthCheck360: (844) 462-7812		
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		
<b>HEARING AIDS</b> (device only)	\$3,000 max reimbursement for prescription hearing aids every 3 calendar years	Not covered	
<b>PRESCRIPTION DRUG</b>	Your health fund manages your pharmacy and drug benefits directly under the name "Hospitality Rx."		
<i>Class I</i>			
<b>Formulary Prescription Drug Benefits</b>	<b>What you pay per prescription at network providers...</b>		
	<b>Retail Pharmacy up to a 34-day supply</b>	<b>Mail Order Pharmacy up to a 60-day supply</b>	
Certain Preventive Drugs	\$0		
Generic and Some Brand Drugs	\$10		
Preferred Drugs	\$20		
Non-Preferred Drugs	\$50		
Select Specialty and Select Biosimilar Drugs*	Not covered	<b>Generic</b> \$10	<b>Brand</b> 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		
*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.			
<b>Network Pharmacies</b>	<b>Non-Network Pharmacies</b> (not covered)		
CVS, Costco, Stop & Shop, Shoprite	Duane Reade, Walgreens, certain independent pharmacies		

# Rx & Additional Benefits

<b>PRESCRIPTION DRUG</b>		<i>What you pay per prescription at network providers...</i>	
<b>Class II</b> <i>Remember, this benefit is limited to preventive healthcare drugs and supplies.</i>		<b>Retail Pharmacy</b> <i>up to a 34-day supply</i>	<b>Mail Order Pharmacy</b> <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	
<b>DENTAL</b> <i>Delta Dental PPO network</i>		<b>At network providers, you pay...</b>	<b>At Delta Dental Premier network &amp; non-network providers, you pay...</b>
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	
<b>VISION</b> <i>Davis Vision network—Covered once every calendar year</i>		<b>Network providers, you pay...</b>	<b>At non-network providers, you pay...</b>
Retinal Imaging		\$20 per exam	Not covered
Eye Exams		\$0	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pay provider at time of service</li> <li>2) Submit a claim to Davis</li> <li>3) Get reimbursed: \$75 maximum for an exam and \$175 maximum for all materials, evaluations, and fittings combined</li> </ol>
Frames		\$0 for Fashion, Designer & Premier levels in Davis Vision Collection \$150 allowance for other frames; no copay	
Lenses		\$0	
Cosmetic Contacts ( <i>instead of glasses</i> )		\$0 for Davis Vision Collection \$150 allowance for other contacts; \$60 allowance for evaluation & fitting; no copay	
<b>LIFE INSURANCE</b>		The Plan pays \$20,000 for each (employees only)	
<b>ACCIDENTAL DEATH &amp; DISMEMBERMENT</b>			

# Resumen de Beneficios

Plan 105  
Clase I y Clase II

**UNITE HERE HEALTH:** Su fondo de salud!

[www.uhh.org](http://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!

¡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 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](http://doctorfinder.horizonblue.com))

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

### 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.

## Otra información de contacto importante

### Autorización previa

Obtenga aprobación para ciertos beneficios de salud (si necesita un trasplante, también puede visitar [uhh.org/transplant](http://uhh.org/transplant))

HealthCheck360  
(844) 462-7812

### Línea de enfermería gratuita 24/7

HealthCheck360  
(855) 752-2370

### Medicamentos recetados (Hospitality Rx)

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

(844) 813-3860  
[hospitalityrx.org](http://hospitalityrx.org)

Pedidos por correo postal (HealthDyne)

(844) 813-3860

Medicamentos especializados (HealthDyne Specialty Pharmacy)

(800) 373-1879

### Delta Dental of Illinois

(800) 323-1743  
[deltadentalil.com](http://deltadentalil.com)

### Davis Vision

(800) 999-5431  
[davisvision.com](http://davisvision.com)

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 al (866) 261-5676.

UNITE HERE  
**HEALTH**

# Beneficios Médicos

Vigente 1/2026

MÉDICO	En los proveedores de la red, usted paga...					
	Clase I			Clase II		
<b>Deducible</b>	\$0			\$0		
<b>Visitas a la Clínica y Laboratorios</b>	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	\$20			\$20		
Servicios Cubiertos proporcionados por el Union Health Center	\$0			\$0		
Visitas de Salud Mental/Abuso de Sustancias	\$20			\$20		
Visitas al Especialista	\$30			\$30		
Servicios de Laboratorio	Otro lugar que no sea hospital \$20	En hospital \$40		Otro lugar que no sea hospital \$20	En hospital \$40	
Radiología (radiografía, ultrasonido)	Otro lugar que no sea hospital \$30	En hospital \$75		Otro lugar que no sea hospital \$30	En hospital \$75	
<b>Servicios de Atención de Urgencia</b>	Clase I			Clase II		
Centro de Atención de Urgencias	\$50/visita			\$50/visita		
Servicios de la Sala de Emergencias	\$200/visita			\$200/visita (el Plan paga hasta \$900/visita)		
Ambulancia	\$100/viaje			\$150/viaje		
<b>Servicios con Hospitalización (cargos de las instalaciones)</b>	Clase I			Clase II		
Hospitalización (incluyendo tratamiento residencial)	\$50/día			\$0 (El Plan paga hasta \$2,500/admisión)		
Instalaciones de Enfermería Especializada	\$0					
<b>Servicios Ambulatorios</b>	Clase I			Clase II		
Pruebas Cardiacas y Diagnóstico por Imagen (CAT/CT, MRI, escáner TEP, etc.)	Otro lugar que no sea hospital \$50	En hospital \$100		Otro lugar que no sea hospital \$50	En hospital \$100	
Cirugía	Otro lugar que no sea hospital \$30	En hospital \$75		Otro lugar que no sea hospital/En hospital \$100 (el Plan paga hasta \$900/visita)		
Terapia Física, del Habla y Ocupacional	\$30			\$30		
Quimioterapia/Terapia de Infusión	En el Hogar \$0	Consultorio o centro de infusión \$30	En hospital \$75	En el Hogar \$0	Consultorio o centro de infusión \$30	En hospital \$75
Terapia de Radiación	\$30			\$30		
Diálisis Renal	\$0			\$0		
<b>Otros Cuidados y Gastos</b>						
Podiatría de Rutina (4-visitax máximo/persona/año calendario)	\$30			\$30		
Ortopedia Podiátrica (por persona/año calendario)	\$0 (El Plan paga hasta \$500)			No tiene cobertura		
Acupuntura; Cuidado Quiropráctico (Máximo de 24 visitas/persona/año calendario para cada uno)	\$20			\$20		
Educación sobre la Diabetes	\$0			\$0		

# Beneficios Médicos y de Prescripción

Otros Cuidados y Gastos	Clase I	Clase II	
Asesoría Nutricional	\$0	\$0	
Equipo Médico para Uso en el Hogar (DME)	20%	No tiene cobertura	
Servicios del Cuidado de la Salud en el Hogar	\$0	\$0	
Servicios de Hospicio	\$0	\$0	
Servicios de trasplante ( <i>incluyendo evaluación</i> ) y terapia CAR-T	Usted DEBE utilizar la red Optum o Cigna LifeSOURCE; se requiere autorización previa; llame a HealthCheck360: (844) 462-7812		
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 <i>(sin deducible cuando usted permanece dentro de la red)</i>	NO tiene cobertura <i>(excepto transporte en ambulancia y servicios de emergencia)</i>	
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		
<b>APARATOS AUDITIVOS</b> ( <i>solo dispositivo</i> )	\$3,000 reembolso máximo cada 3 años calendario	No tiene cobertura	
<b>BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS</b>	Su fondo de salud manejará directamente sus beneficios farmacéuticos y demedicamentos prescritos bajo el nombre de "Hospitality Rx."		
<i>Clase I</i>	<b>En los proveedores de la red, usted paga...</b>		
<b>Beneficios de medicamentos recetados del formulario</b>	<b>Farmacia minorista</b> <i>hasta un suministro de 34 días</i>	<b>Farmacia de pedidos por correo postal</b> <i>hasta un suministro de 60 días</i>	
Ciertos medicamentos preventivos	\$0		
Medicamentos genéricos y algunos de marca	\$10		
Medicamentos de preferencia	\$20		
Medicamentos que no sean de preferencia	\$50		
Medicamentos especializados selectos y biosimilares selectos*	No cubiertos	<b>Genéricos</b> \$10	<b>De marca</b> 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		
<i>*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.</i>			
<b>Farmacias Dentro de la Red</b>	<b>Farmacias Fuera de la Red (no cubiertas)</b>		
CVS, Costco, Stop & Shop, Shoprite	Duane Reade, Walgreens, ciertas farmacias locales independientes		

# Prescripciones y Beneficios Adicionales

<b>BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS</b>		<i>En los proveedores de la red, usted paga...</i>	
<b>Clase II</b> <i>Recuerde, este beneficio está limitado a medicamentos y suministros de atención médica preventiva.</i>		<b>Farmacia minorista hasta un suministro de 34 días</b>	<b>Farmacia de pedidos por correo postal hasta un suministro de 60 días</b>
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	
<b>DENTAL</b> <i>La Red Delta Dental PPO</i>		<b>En los proveedores de la red, usted paga...</b>	<b>En Delta Dental Premier Dentists y proveedores fuera de la red, usted paga...</b>
Servicios de Diagnóstico, Prevención y Restaurativos Menores <i>(ejemplos: radiografías, limpieza de rutina, empastes)</i>		\$0	30%
Servicios de Endodoncia y Periodontales , Cirugía Oral y Mantenimiento Protésico <i>(ejemplos: endodoncias, mantenimiento periodontal (encías), extracciones)</i>		20%	40%
Servicios de Prostodoncia y Restauración Mayor y Implantes <i>(ejemplos: dentaduras postizas completas o parciales, puentes, coronas)</i>		40%	60%
Tratamiento de Ortodoncia <i>(limitado a niños mejores de 19 años)</i>		\$0	\$0
Beneficio Máximo por Año Calendario para el Tratamiento Dental <i>(No Orto)</i>		\$3,000 por persona	
Beneficio Máximo de por Vida para el Tratamiento de Ortodoncia		\$5,000 por niño/a	
<b>VISIÓN</b> <i>La Red Davis Vision—Cubierto una vez por año calendario</i>		<b>En los proveedores de la red, el plan paga...</b>	<b>En proveedores fuera de la red, el plan paga...</b>
Imágenes de la retina		\$20 por examen	No está cubierto
Exámenes de la vista		\$0	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pagar al proveedor al momento del servicio</li> <li>2) Presentar un reclamo a Davis</li> <li>3) Reciba un reembolso: hasta \$75 por un examen y hasta \$175 por materiales, evaluaciones y ajustes combinados</li> </ol>
Aros		\$0 para los niveles de Moda, Diseñador y Premier en la colección de Davis Vision Asignación de \$150 para otros marcos; sin copago	
Lentes		\$0	
Lentes de contacto cosméticos <i>En vez de anteojos</i>		\$0 por la colección de Davis Vision Asignación de \$150 para otros contactos; Asignación de \$60 para evaluación y ajuste; sin copago	
<b>SEGURO DE VIDA</b> <b>MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO</b>		El plan paga \$20,000 por cada (solo empleados)	