173 Actives — PPO

UNITE HERE HEALTH

Medical

Médica

UNITE HERE ! Staff Health Benefits Plan

Protect your health and your fund... make SMART CHOICES!

1. ***Save money — Stay in the Blue Cross Blue Shield PPO Network.***
2. ***Get the right care at the right price.***
   - PCPs know you best and have the lowest copays. Specialist visits cost more than PCP visits.

Proteja su salud y su fondo... ¡tome DECISIONES INTELIGENTES!

1. ***Ahorre dinero — Permanezca en la red PPO de Blue Cross Blue Shield.***
2. ***Obtenga la atención adecuada al precio correcto.***
   - Los médicos de atención primaria le conocen mejor y tiene los copagos más bajos. Las visitas de especialistas cuestan más que las visitas a los médicos de atención primaria.

Find a network provider near you

Encuentre un proveedor de la red cerca de usted

uhh.org

Effective | Vigente a partir del: 01/01/2025

Blue Cross Blue Shield	
Network Annual Deductible	$0
Non-Network Annual Deductible	$200/person | $400/family
Blood/Blood Plasma Deductible	$100/person
Ambulance Deductible	$100/person
Out-of-Pocket Spending Limit: Copays, deductibles, and coinsurance you pay	$6,350/person $12,700/family
Office Visits	***PPO Network (You Pay)***
Preventive Care Services	$0
Primary Care Provider (PCP)	$10 copay
Specialist: When your PCP calls HealthCheck360 first	$10 copay
Specialist: When your PCP does NOT call HealthCheck360 first	$20 copay
Mental Health/Substance Abuse Treatment	$10 copay
Chiropractic Care	$15 copay
Acupuncture: Limited to 25 visits/year	$15 copay

Blue Cross Blue Shield	
Deducible anual de la red	$0
Deducible anual fuera de la red	$200/persona | $400/familia
Deducible de sangre/plasma sanguíneo	$100/persona
Deducible de ambulancia	$100/persona
Límite de Gastos de Bolsillo: Copagos, deducibles y coseguro que paga	$6,350/persona $12,700/familia
Visitas a la Clínica	***PPO Network (Usted Paga)***
Atención Preventiva	$0
Médico de Atención Primaria (PCP)	$10 copago
Especialista: Cuando su PCP llama primero a HealthCheck360	$10 copago
Especialista: Cuando su PCP NO LLAMA primero a HealthCheck360	$20 copago
Tratamiento de Salud Mental/ Abuso de Sustancias	$10 copago
Quiropráctico	$15 copago
Acupuntura: Limitado a 25 visitas/año	$15 copago

CALL TOLL-FREE
LLAME SIN CARGO
(866) 686-0003 • www.uhh.org

Monday – Friday 9 AM to 6 PM EST
De lunes a viernes de 9 AM a 6 PM – Horario del Este

Emergency & Urgent Care	*PPO Network (You Pay)*
Urgent Care Center	$20 copay
Emergency Room (ER)	$0
Ambulance	$0 after deductible
Inpatient Services	***PPO Network (You Pay)***
Hospitalization: Includes mental health/substance abuse treatment	$0
Skilled Nursing Facility: Limited to 70 days/year	$0
Outpatient Services	***PPO Network (You Pay)***
Outpatient Surgery	$0
Physical and Occupational Therapy	$0
Speech Therapy	$0
Laboratory Services	$0
Radiology (X-Ray, Ultrasound)	$0
Imaging (CT, MRI, PET)	$0
Select Covered Services	***PPO Network (You Pay)***
Diabetes Education	$0
Nutritional Counseling	$0
Home Health Care: Limited to 200 visits/year	$0
Hospice Care: Limited to 210 visits/lifetime	$0
Medical Equipment for Home Use	$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 uhh.org/transplant
Other Services	***Non-Network (You Pay)***
Most other non-network services	20% after deductible
Preventive care, nutritional counseling, and diabetes education *(see your SPD for other non-covered services)*	Not covered

Hearing Aid Benefit	*What the plan pays*
Maximum benefit every 3 calendar years	Plan pays 100% up to $3,000

Servicios de Emergencia y Atención de Urgencias	*PPO Network (Usted Paga)*
Centro de Urgencias	Copago de $20
Sala de Emergencia (ER)	$0
Ambulancia	$0 después del deducible
Servicios con Hospitalización	***PPO Network (Usted Paga)***
Hospitalización: Incluye tratamiento de salud mental/abuso de sustancias	$0
Instalaciones de Enfermería Especializada: Limitado a 70 días/año	$0
Servicios Ambulatorios	***PPO Network (Usted Paga)***
Cirugía Ambulatoria	$0
Terapia Física o Ocupacional	$0
Terapia del Habla	$0
Servicios de Laboratorio	$0
Radiología (Rayos X, Ultrasonido)	$0
Exámenes por Imágenes (CT, MRI, PET)	$0
Servicios con Cobertura Selectos	***PPO Network (Usted Paga)***
Educación sobre la Diabetes	$0
Asesoría Sobre Nutrición	$0
Atención a la Salud en el Hogar: Limitado a 200 visitas/año	$0
Cuidados Paliativos (Hospicio): Limitado a 210 visitas/de por vida	$0
Equipo Médico para Uso en el Hogar	$0
Servicios de trasplante (incluyendo evaluación) y terapia CAR-T	Usted DEBE utilizar la red Optum o Cigna LifeSOURCE; se requiere autorización previa; llame a HealthCheck360: (844) 462-7812 uhh.org/transplant
Otros Servicios	***Fuera de la Red (Usted Paga)***
La mayoría de los otros servicios que no son de la red	20% después del deducible
Atención preventiva, asesoramiento nutricional y educación diabética *(consulte su Descripción Resumida del Plan (o SPD, según sus iniciales en inglés) para otros servicios no cubiertos)*	No tiene cobertura

Beneficio de aparatos auditivos	*Qué paga el Plan*
Beneficio máximo cada 3 años calendario	El Plan paga 100% hasta $3,000

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.

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.

173 Actives — PPO

UNITE HERE HEALTH

Prescription Drug

Medicamentos Recetado

UNITE HERE ! Staff Health Benefits Plan

Instead of using an expensive outside company, your health fund manages your pharmacy and drug benefits directly.
(This will appear on written materials we send you under the name "Hospitality Rx.")

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

View your formulary list online

Vea su lista de formulario en línea

https://drugs.hospitalityrx.org

Effective | Vigente a partir del: 05/01/2025

Network pharmacies | Farmacias de la red

- ✓ Albertsons
- ✓ Costco
- ✓ Kmart
- ✓ Kroger/Fred Meyer/ Fry's/King Soopers
- ✓ Martins/Giant/Stop & Shop
- ✓ Pathmark/Waldbaums
- ✓ Ralph's
- ✓ Randalls
- ✓ Rite Aid/Brooks/Eckerd
- ✓ Safeway
- ✓ Shoprite
- ✓ Super Value
- ✓ Target
- ✓ Tom Thumb
- United Drug
- Vons/Pavillion
- Winn Dixie

Pharmacies your health plan does NOT cover

Farmacias que su plan de salud NO cubre

- ✘ CVS
- ✘ CVS/Longs
- ✘ Wal-Mart/Sam's Club
- ✘ Certain independent local pharmacies | Algunas farmacia locales independientes

Hospitality Rx *(Network Retail and Mail Order Pharmacies Only)*	*Your cost for each fill or refill*	
Formulary Prescription Drug Benefits	***Retail*** *(up to a 34-day supply)*	***Mail Order*** *(up to a 60-day supply)*
Preventive Healthcare Services Drugs	$0	
Generic and Some Brand Drugs	$15 copay	$10 copay
Preferred Drugs	$25 copay	$10 copay
Non-Preferred Drugs	$35 copay	$10 copay
Select Specialty and Select Biosimilar Drugs*	Not covered	**Generic:** $10 **Brand:** 25%
Non-formulary Prescription Drugs and Supplies	Not covered, unless an exception is approved	

**Current pharmacy benefit provider will actively manage and determine drugs in tier. Specialty drugs are only available through the specialty mail order pharmacy or the Atlantic City Health Center. 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.*

Hospitality Rx *(Únicamente en farmacias de Pedidos por Correo y Minoristas Dentro de la Red)*	*Su costo por cada abastecimiento o reabastecimiento*	
Beneficios de Medicamentos con Receta del Formulario	***Minorista*** *(Suministros de hasta 34 días)*	***Pedidos por Correo*** *(Suministros de hasta 60 días)*
Medicamentos para servicios de atención médica preventiva	$0	
Medicamentos genéricos y algunos de marca	$15 copago	$10 copago
Medicamentos de preferencia	$25 copago	$10 copago
Medicamentos que no sean de preferencia	$35 copago	$10 copago
Medicamentos especializados selectos y biosimilares selectos*	No tiene cobertura	**Genérico:** $10 **De marca:** 25%
Medicamentos con Receta y Suministros No Incluidos en el Formulario	No cubiertos, a menos que se apruebe una excepción	

**El proveedor de beneficios farmacéuticos actual 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 o el centro de salud Atlantic City Health Center. 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.*

Why we use a "formulary"

Your health fund is always looking to get you the best deal, while still offering the medicines you need. One challenge is that drug companies can change their prices whenever they want, and drugs sometimes become very expensive.

By using a "formulary" (the list of drugs covered by your plan), we rely less on drug companies. While some generic and brand name drugs are not covered under your plan, other drugs that are just as good — and often have the exact same ingredients — are still available at a much better price.

Make sure your prescriptions are covered

The formulary list can be found at: **https://drugs.hospitalityrx.org**
The formulary may change throughout the year. If your prescription is ever affected, we will notify you right away so your doctor can help you find the best medication for you.

Por qué utilizamos un "Formulario"

Su fondo de salud está siempre en busca de conseguirle la mejor oferta, y a la vez seguirle ofreciendo los medicamentos que usted necesita. Un reto es que las compañías farmacéuticas pueden cambiar sus precios cuando lo deseen, y los medicamentos a veces se vuelven muy caros.

Mediante el uso de un "formulario" (la lista de medicamentos cubiertos por su plan) podemos depender menos en las compañías farmacéuticas. Aunque algunos medicamentos genéricos y de marca no están cubiertos bajo su plan, otros medicamentos que son igual de buenos — y a menudo tienen exactamente los mismos ingredientes — aún están disponibles a un precio mucho mejor.

Asegúrese de que sus recetas estén cubiertas

Se puede encontrar la lista de recetarios en nuestro sitio web: **https://drugs.hospitalityrx.org** El formulario puede cambiar a lo largo del año. Si su receta es afectada alguna vez, le notificaremos de inmediato para que su médico le pueda ayudar a encontrar el mejor medicamento para usted.

Programs your doctor must use!

UNITE HERE HEALTH uses safeguards to make sure you have access to better-value, high-quality, and safe medications.

Prior authorization

Your doctor must request approval for all specialty and biosimilar drugs and some Preferred Brand Name drugs before the prescription is picked up. If you need to take a drug that requires prior authorization, your doctor must call (844) 813-3860.

Step therapy

Before using some drugs that are very expensive, you and your doctor must try less expensive drugs. These drugs are proven to work just as well — sometimes they even have the exact same ingredients.

Quantity limit program

This is sometimes called "dispensing limits." If you are receiving more than what is considered safe (by the U.S. Food and Drug Administration), your health fund will not pay for it.

- ✓ These programs save you and your health fund money, keep you safe, and prevent abuse and fraud.
- ✓ We know it is sometimes medically necessary to take a drug even if it is the more expensive option. In these situations, your doctor must get approval by calling (844) 813-3860.
- ✓ Medications may be added to the Step Therapy and prior authorization lists throughout the year. If your prescription is ever affected by this, we will notify you before the change.

¡Programas que su médico debe continuar utilizando!

UNITE HERE HEALTH utiliza estas mismas importantes medidas de seguridad, para asegurarse que usted tiene acceso a una alta y mejor calidad de medicamentos seguros:

Autorización Previa

Su médico debe solicitar la aprobación para todos medicamentos especiales y biosimilares y algunos medicamentos de marca preferidos 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 usar algunos medicamentos que son muy caros, usted y su médico deben probar medicamentos menos costosos. Estos medicamentos han demostrado que funcionan igual de bien—a veces incluso tienen exactamente los mismos ingredientes.

Programa de Límite de Cantidad

A esto 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 que es la opción más costosa. En estas situaciones, su médico debe obtener la aprobación llamando al: (844) 813-3860.
- ✓ Se pueden agregar medicamentos a la Terapia Escalonada y las listas de autorización previa durante todo el año. Si su receta médica se ve afectada por esto, se lo notificaremos antes del cambio."

Programs that will save you money

Mail Order Pharmacy

Your plan will send medicine straight to your mailbox, and it costs less! To enroll, call our mail order pharmacy partner, HealthDyne, at (844) 813-3860.

Diabetic Supplies

You can get diabetic supplies from any retail pharmacy that's in the network or by mail order. If you need a new glucometer, get one for FREE by calling:

- FreeStyle: (800) 680-6850 (offer code: RAFITLWP) or
- OneTouch: **BIN:** 601341, **RxPCN:** OHS, **Group ID#:** OH6504161, **ID#:** NOCHARGEMETR

Programas que continúan ahorrándole 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, HealthDyne, 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:

- FreeStyle: (800) 680-6850 (código de oferta: RAFITLWP) o
- OneTouch: **BIN:** 601341, **RxPCN:** OHS, **Group ID#:** OH6504161, **ID#:** NOCHARGEMETR

Specialty Drugs

These include drugs used to treat health conditions such as hepatitis C, immune deficiency, hemophilia, multiple sclerosis and rheumatoid arthritis.

- ✓ We work with HealthDyne Specialty Pharmacy to get the best service and the best prices. If you need a Specialty drug, you MUST get them through this specialty pharmacy. Your doctor must first get approval by calling (844) 813-3860. (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. Call Hospitality Rx for more information.)
- ✓ Because of our copay assistance program, you may pay less some months for your Specialty drugs.

Medicamentos de Especialidad

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

- ✓ Trabajamos con la farmacia de pedidos por correo de medicamentos especializados, "HealthDyne Specialty Pharmacy," 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. (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.)
- ✓ Debido a nuestro programa de asistencia de copagos, usted puede pagar menos algunos meses por sus medicamentos Especializados.

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.

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.

173 Actives

UNITE HERE HEALTH

Dental

UNITE HERE! Staff Health Benefits Plan

Save time and money by choosing a dentist in the Delta Dental PPO or Premier networks

- Delta Dental provides access to a national network of dental care providers. Members who use a Delta Dental PPO dentist typically pay the lowest costs.
- You generally won't have to pay anything for most dental care (up to $5,000/person/year). See your SPD for exceptions.

Ahorre tiempo y dinero eligiendo un dentista en las redes Delta Dental PPO o Premier

- Delta Dental brinda acceso a una red nacional de proveedores de cuidado dental. Los miembros que usan un dentista PPO de Dental Dental generalmente pagan los costos más bajos.
- Por lo general, usted no tendrá que pagar nada por su cuidado dental (hasta $5,000/persona/año). Consulte su Descripción resumida del Plan para conocer las excepciones.

Effective | Vigente a partir del: 01/01/2025

Find a network provider near you

Encuentre un proveedor de la red cerca de usted

www.deltadentalil.com

Delta Dental of Illinois

You Pay	*Delta Dental PPO & Premier Networks*	*Non-Network*
Diagnostic and Preventive Services	$0	$0
Emergency Palliative Services	$0	$0
Basic Restorative Services	$0	$0
Major Restorative Services	$0	$0
Prosthodontic Services	$0	$0
Treatment for Temporomandibular Joint Dysfunction (TMJ)	50%	50%
Orthodontic Services: For children under age 19 only	$0 *(Limited to $5,000/child/lifetime)*	
Calendar Year Maximum *(Does not apply to orthodontia)*	Plan pays up to $5,000	

Delta Dental of Illinois

Usted Paga	*Redes PPO y Premier de Delta Dental*	*Afuera de la Red*
Servicios de Diagnóstico y Preventivos	$0	$0
Emergency Palliative Services	$0	$0
Servicios Restaurativos Básicos	$0	$0
Servicios Restaurativos Principales	$0	$0
Prosthodontic Services	$0	$0
Treatment for Temporomandibular Joint Dysfunction (TMJ)	50%	50%
Orthodontic Services: Sólo para niños menores de 19 años	$0 *(Limitado a $5,000/niño/de por vida)*	
Máximo por Año Calendario *(No se aplica a ortodoncia)*	El Plan paga hasta $5,000	

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.

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.

Need help? Call the Fund | *¿Necesita ayuda? Llame al Fondo* PPO: **(866) 686-0003** | HMO: **(833) 637-3519**

173 Actives

UNITE HERE HEALTH

Vision

Visión

UNITE HERE! Staff Health Benefits Plan

Using your Davis Vision benefit is easy

- At your appointment, tell them you have Davis Vision coverage through UNITE HERE HEALTH.
- Give them your member ID number from your Davis Vision ID card (or your name and date of birth).
- We'll handle the rest—there are no claim forms to complete when you see a Davis Vision provider.

Es fácil usar sus beneficios de Davis Vision

- Estando en su cita, dígales que tiene cobertura de Davis Vision a través de UNITE HERE HEALTH.
- Proporcióneles su número de identificación de miembro que figura en su tarjeta de identificación de Davis Vision (o su nombre y fecha de nacimiento).
- Nosotros nos encargamos del resto, no tiene que llenar formularios de reclamación cuando ve a un proveedor de Davis Vision.

Find a network provider near you

Encuentre un proveedor de la red cerca de usted

davisvision.com/members

Davis Vision	*Covered once every calendar year*	
You Pay	***Network***	***Non-Network***
Eye Exam	$0 copay	$0 copay; $75 maximum
Retinal Imaging	$20 copay	Not covered
Lenses	$0 copay	$0 copay; $175 maximum for all materials, evaluations, and fittings combined
Frames	$0 copay for Davis collection Fashion, Designer, or Premier frames $0 copay; $150 benefit maximum for all other frames	
Elective Contact Lenses, in lieu of Glasses	$0 copay for Davis collection contacts $0 copay; $150 benefit maximum, plus $60 benefit maximum for the evaluation and fitting, for all other contacts	
Medically Necessary Contact Lenses	$0 copay	

Davis Vision	*Cobertura una vez cada 12 meses*	
Usted Paga	***Dentro de la Red***	***Afuera de la Red***
Examen de la vista	$0 de copago	$0 copago $75 máximo
Imágenes retinales	$20 de copago	No cubierto
Lentes	$0 de copago	$0 copago; $175 máximo para todos los materiales, evaluaciones, y ajustes combinados
Monturas	Copago de $0 para monturas de la colección Davis Fashion, Designer o Premier. copago de $0; Beneficio máximo de $150 para todas las demás monturas	
Lentes de contacto electivos, en lugar de anteojos	$0 copago para los contactos de Davis Collection copago de $0; Máximo de beneficio de $150, más un máximo de beneficio de $60 para la evaluación y ajuste, para todos los demás contactos	
Lentes de contacto médicamente necesarios	$0 de copago	

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.

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.

173 Actives

UNITE HERE HEALTH

Life and AD&D

Seguro de vida y muerte accidental y desmembramiento

UNITE HERE! Staff Health Benefits Plan

Life and Accidental Death & Dismemberment (AD&D) benefits are for employees only

It's important you designate a beneficiary to make sure your benefit goes to the right person(s).

- Your beneficiary is the person or persons you want us to pay if you die. You can name anyone you want and you can change beneficiaries at any time.
- If you don't name a beneficiary, death benefits will be paid to your surviving relatives in the following order: your spouse; your children (in equal shares); your parents (in equal shares); your siblings (in equal shares); or your estate. See your SPD for more details.

Los beneficios de Vida y Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D) son para empleados únicamente

Es importante que usted designe un beneficiario para asegurarse de que su beneficio vaya a la(s) persona(s) correcta(s).

- Su beneficiario es la persona o personas a la que usted desea que le paguemos si usted muere. Usted puede nombrar a cualquier persona que desee y puede cambiar de beneficiarios en cualquier momento.
- Si usted no nombra un beneficiario, los beneficios por fallecimiento se pagarán a sus familiares sobrevivientes en el siguiente orden: su cónyuge; sus hijos (en partes iguales); sus padres (en partes iguales); sus hermanos (en partes iguales); o su patrimonio. Consulte su Descripción resumida del Plan (o SPD, según sus iniciales en inglés) para más detalles.

Effective | Vigente a partir del: 01/01/2025

Get your beneficiary designation form

Obtener su formulario de designación de beneficiario

www.uhh.org

Dearborn National	
Employees Only	***Plan Pays***
Life Insurance	3 times your annual earnings *($750,000 limit)*
Accidental Death & Dismemberment Insurance	3 times your annual earnings *($750,000 limit)*

Dearborn National	
Solo Empleados	***El Plan Paga***
Seguro de Vida	3 veces sus ganancias anuales *(límite de $750,000)*
Seguro por Muerte Accidental y Desmembramiento	3 veces sus ganancias anuales *(límite de $750,000)*

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.

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.

Need help? Call the Fund | *¿Necesita ayuda? Llame al Fondo* PPO: **(866) 686-0003** | HMO: **(833) 637-3519**

Claims

Contact the Fund to submit a claim.
UNITE HERE HEALTH
P.O. Box 6020
Aurora, IL 60598-0020
(866) 686-0003
www.uhh.org

Additional Resources

Beneficiary Resource Services

When a loved one dies, families often face complex issues ranging from estate planning, legal questions, funeral planning, coping with grief, and financial uncertainties. That's why Dearborn National offers Beneficiary Resource Services, a program that combines family wellness and security at the most difficult of times. Services include grief and financial counseling, funeral planning, and legal support, as well as online will preparation. Beneficiary Resource Services is provided by Morneau Shepell.

Counseling: **(800) 769-9187**
www.beneficiaryresource.com
Username: Dearborn National

Travel Resource Services

Travel Emergency Assistance helps you and your dependents get assistance if you have an emergency while traveling. Examples of services currently offered include:

- Travel for a companion to join you if you're hospitalized alone
- Emergency minor childcare if you are injured
- Transportation for a companion if you need to be transported for medical care
- Transportation for your body if you die
- Other services, including return of your vehicle, legal and interpreter referrals, emergency cash and bail coordination, and pre-trip planning information

Contact Assist America:
(800) 872-1414 (toll free in the U.S.)
(**609) 986-1234** (outside the U.S.)
medservices@assistamerica.com
Reference number: 01-AA-TRS-12201
You can also get the mobile app.

All services must be arranged by Assist America and limits may apply.

Reclamaciones

Contacte al Fondo para enviar un reclamo.
UNITE HERE HEALTH
P.O. Box 6020
Aurora, IL 60598-0020
(866) 686-0003
www.uhh.org

Recursos Adicionales

Servicios de recursos para beneficiarios

Cuando un ser querido muere, las familias a menudo se enfrentan a problemas complejos que van desde la planificación de bienes, preguntas legales, planificación fúnebre, sobrellevar el duelo e incertidumbres financieras. Es por eso que Dearborn National ofrece Servicios de Recursos para Beneficiarios, un programa que combina el bienestar familiar y seguridad en los momentos más difíciles. Los servicios incluyen consejería de duelo y financiera, planificación fúnebre, y apoyo legal, así como la preparación de testamento en línea. Los Servicios de Recursos para Beneficiarios son proporcionados por Morneau Shepell.

Asesoría: **(800) 769-9187**
www.beneficiaryresource.com
Nombre de usuario: Dearborn National

Servicios de recursos para viajes

La Asistencia de Emergencia en Viaje le ayuda a usted y a las personas a su cargo a obtener asistencia si tiene una emergencia mientras viaja. Algunos ejemplos de los servicios que se ofrecen actualmente son:

- Viaje para que un compañero le acompañe si está hospitalizado solo
- Cuidado de emergencia de niños menores en caso de accidente
- Transporte para un acompañante si necesita ser trasladado para recibir atención médica
- Transporte para su cuerpo si usted muere
- Otros servicios, como la devolución de su vehículo, referencias legales y de intérpretes, coordinación de fianzas y dinero en efectivo de emergencia e información sobre la planificación previa al viaje

Póngase en contacto con Assist America:
(800) 872-1414 (gratuito en EE.UU.)
(609) 986-1234 (fuera de EE.UU.)
medservices@assistamerica.com
Número de referencia: 01-AA-TRS-12201
Usted también puede obtener la aplicación móvil.

Todos los servicios deben ser concertados por Assist America y pueden aplicarse límites.