



PRESCRIPTION DRUG

The changes described in this SMM also affect your Summary of Benefits and Coverage (SBC). Remember, you can always get a copy of your SBC by visiting www.uhh.org/library or by calling (800) 419-4373.

Free pharmacy name change

One of your free pharmacies, the Presence Resurrection Medical Center pharmacy, has changed its name. The location is the same, and you still have no (\$0) copay. However, the pharmacy is now called: Ascension Rx — Resurrection Pharmacy.

Your FREE Pharmacies

**UNITE HERE HEALTH —
HEALTH CENTER**

218 S. Wabash, 4th Floor
Chicago, IL 60604
(312) 736-3397

*Located in the same building as
the Fund and Local 1 offices*

**Free Pharmacy at
Ascension Rx —
Resurrection Pharmacy**

7447 W. Talcott Ave.
Professional Building
Chicago, IL 60631
(773) 792-5030



(800) 419-4373 • uhh.org

P.O. Box 6020, Aurora, IL 60598-0020

This document constitutes a Summary of Material Modifications (SMM) under the Employee Retirement Income Security Act of 1974, as amended, and summarizes recent actions taken by the Board of Trustees of UNITE HERE HEALTH. It describes benefit and administrative changes affecting the information included in your Summary Plan Description (SPD). This SMM addresses changes to all benefits in your SPD and may include changes and benefits that don't apply to you based on your or your employer's elections.

Please read this information carefully; then, keep it with your SPD for future reference. Except as described in this SMM, the information otherwise contained in your SPD continues to apply.

Because of the pandemic, you generally have more time to do certain things, like file or appeal a claim, enroll your new dependent, or elect COBRA and make COBRA payments. Call us for more information.



Changes to your vision benefit

Effective January 1, 2023, your vision benefits are improving. Davis Vision will administer self-funded vision benefits for you and your dependents. These claims will not be coordinated with any other plans.

Generally, if you use a Davis Vision provider, you do not need to file a claim for vision care because Davis Vision providers will file the claim on your behalf. However, if you need to file a claim because you used a provider who is not in the Davis Vision network, submit it within 365 days of the date the claim was incurred to: Davis Vision, Vision Care Processing Unit, P.O. Box 1525, Latham, NY 12110.

If your claim for benefits is denied, in whole or in part, you may file an appeal. One level of appeal applies to Davis Vision claims. See your SPD for more information about filing appeals for claims with one level of appeal.

The following language replaces the section titled “Vision Benefits” in your SPD:

Vision benefits

UNITE HERE HEALTH has contracted with Davis Vision to administer the vision benefits provided to you and your dependents.

If you need to file a claim, submit it within 365 days to:

**Davis Vision
Vision Care
Processing Unit**

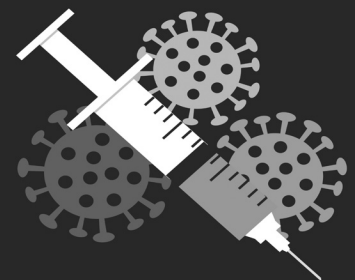
PO Box 1525
Latham, NY 12110

Get answers to all your questions: (800) 419-4373 • uhh.org

Protect yourself!

Talk to your primary care doctor about which vaccines are right for you!

*Vaccines help protect you from getting and spreading serious diseases that could result in poor health, missed work, medical bills, and not being able to care for your family. **Want more info?** Visit www.cdc.gov*




VISION *(continued)*
Vision Benefits — What You Pay

<i>Benefits covered once every calendar year</i>	Davis Vision Network Provider	Non-Network Provider
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	

Get answers to all your questions: (800) 419-4373 • uhh.org

The UHH Member Portal mobile app gives you 24/7 access to your benefits!

Scan the QR code or search "UHH Member Portal" in your app store.



IPHONE



ANDROID



VISION *(continued)*

Network and non-network vision providers

The Plan pays benefits based on whether you get treatment from a network provider or a non-network provider.

What you pay

You pay any copays shown in the chart at the beginning of this section. You also pay for any expenses the Plan does not cover, including costs that are more than a particular maximum benefit.

Upgrade options through network providers

Although the Plan will not pay for any upgrades or options, if you use a network provider, you can get certain upgrades or options. Some options may be available at no cost; others may have a set fee. Your costs depend on which upgrade(s) you pick.

You can also get discounts on laser eye surgery. (Benefits are not payable for laser eye surgery.)

Get your questions about upgrades and options answered by contacting Davis Vision, or by asking your network provider.

What the Plan pays

The Plan pays 100% of covered expenses after you make any applicable copay. If you use a non-network provider, the Plan only pays up to the maximum shown in the table for your vision care.

What's covered

Benefits are available every calendar year. For example, if you have an exam and get glasses on January 15, 2023, the next time the Plan would cover your exam and lenses would be January 1, 2024.

- Exams (including dilation when professionally indicated).
- Retinal imaging provided by a network provider.
- Plastic lenses, including single vision, bifocal lenses, trifocal lenses, or lenticular lenses.

To find a network provider near you, contact:

Davis Vision

(800) 999-5431

www.davisvision.com

(Register for detailed information)

Get answers to all your questions: (800) 419-4373 • uhh.org

 **VISION** *(continued)*

- Frames.
- Standard contact lenses (disposable or planned replacement), including evaluation & fitting, in lieu of glasses.
 - ▶ Disposable and planned replacement contacts will be supplied in quantities determined by Davis Vision.
- Medically necessary contacts, with prior authorization from Davis Vision.
- Low vision services provided by a network provider, with prior authorization from Davis Vision:
 - ▶ One low-vision evaluation is covered every five calendar years, with a maximum of \$300.
 - ▶ Four follow-up care visits are covered in a five-calendar-year period, with a maximum of \$100 per visit.
 - ▶ Up to \$600 for low-vision aids every five calendar years, subject to a lifetime maximum of \$1,200.

What's not covered

The section of your SPD titled “General exclusions and limitations” explains what the Plan won’t cover. In addition to that list, the following vision treatments, services, and supplies are not covered under the vision benefits:

- Retinal imaging provided by a non-network provider.
- Non-prescription lenses.
- Any type of lenses, frames, services, supplies, or options that are not covered under the Davis Vision contract.
- Two pairs of glasses instead of bifocals.
- Contacts and eyeglasses during the same calendar year.
- Low vision services or supplies that are not pre-approved, or that are more than the maximum benefits or frequency limits specified in the contract with Davis Vision.
- Medical treatment of eye disease or injury (may be covered under “Medical benefits”).
- Replacement of lost or broken contacts, lenses, or frames, except as available under Davis Vision’s warranty.

Get answers to all your questions: (800) 419-4373 • uhh.org



Update to your Green Network

Go with Green! The following are in your **Green Network**:

- Ascension Illinois
- AdventHealth
- Saint Anthony Hospital in Chicago
- Little Company of Mary Hospital in Evergreen Park

Find a provider in the Green Network by calling **(800) 419-4373** or visiting www.uhh.org.

Your BlueChoice Select PPO network is expanding

Effective January 1, 2023, your BlueChoice Select PPO network is growing to include all counties in Illinois, except for the following counties:

- Sangamon.
- Wabash.
- Lawrence.

Remember, if you (the employee) live inside the BlueChoice Select PPO network area, your network for care inside Illinois is the BlueChoice Select PPO network.

If you live outside the BlueChoice Select PPO network area, your network for care inside Illinois is the BCBSIL PPO network.

If you (the employee) live inside the BlueChoice Select PPO network area, and your covered dependent lives in Illinois but outside the BlueChoice Select PPO network area, your dependent may be able to use the BCBSIL PPO network. Call the Fund at (800) 419-4737 if this situation applies to you.

Get answers to all your questions: (800) 419-4373 • uhh.org


MEDICAL *(continued)*

Changes to your travel & lodging benefit

Effective July 1, 2022, the Fund expanded your travel and lodging benefit to help you get medical care not available near your home.

	<i>What the Plan pays</i>
Travel and Lodging	Plan pays 100% up to \$10,000 per episode of care, including up to \$200 per day for lodging and up to \$50 per day for meals

The following language replaces the travel and lodging covered expense under the Medical Benefits section of your SPD:

Reimbursement for reasonable travel, lodging, and meal costs to get covered medical treatment that is not available from a network provider within 100 miles of your home. The following rules apply:

- Except in limited situations, the Plan generally requires you get prior authorization of these expenses in order to receive reimbursement. Be sure to contact the Fund before you obtain services to get more information.
- Expenses that are not primarily for and essential to medical care are not covered.
- The travel, lodging, and meal costs of one other person traveling with you (same day as you) will also be covered.
- Travel expenses are reimbursable for airfare or rail travel at the coach rate, taxi or ground transportation, or mileage reimbursement at the current mileage rate issued by the IRS for the most direct route between your residence and the facility. Tolls and parking expenses are also considered eligible travel expenses.
- Expenses that are not directly related to travel and lodging are not covered. This includes but is not limited to: alcohol, tobacco, laundry, dry cleaning, telephone, charges exceeding coach class rates, travel or personal trip insurance, child care, house sitting or kennels, reimbursement for any lost wages, charges in connection with a family support person not incurred during your stay at the facility, car maintenance, clothes, entertainment, flowers, cards, stationery, household utilities, cell phone chargers, maid services, security deposits, toiletries, fines or traffic tickets.

Get answers to all your questions: (800) 419-4373 • uhh.org

MEDICAL *(continued)*

- Reimbursement is limited to \$10,000 per episode of care for you and your traveling companion combined. This includes up to \$200 each day for lodging and up to \$50 per day for meal costs for you and your traveling companion combined.
- You must provide the Plan with receipts and any information necessary to process your claim.
- You must participate in any case management programs required by the Fund.
- You cannot get reimbursed for expenses related to your participation in a clinical trial or for services outside of the United States.
- The Fund may prearrange or prepay certain travel or lodging costs instead of requiring you to pay yourself and then file for reimbursement.

If your reimbursement exceeds certain IRS limits, it is considered “imputed income” (benefits that aren’t part of your wages but are taxed as income) and the Fund will send you a tax form. More details about the benefit are available upon request.

Get answers to all your questions: (800) 419-4373 • uhh.org

Good health starts with knowing your benefits!

- Your most up-to-date benefits information is always available online. Visit www.uhh.org/library to view your SPD, SBC, and other SMMs. These documents help you understand what your benefits are and how to use them. They also tell you the plan’s rules and regulations.
- Your Benefits at a Glance, an overview of your benefits in an easy-to-read format, is also online. Go to www.uhh.org and select your plan.





MEDICAMENTOS CON RECETA MÉDICA

Los cambios descritos en este SMM también afectan su Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, por sus siglas en inglés). Recuerde, usted siempre puede obtener una copia de su SBC visitando www.uhh.org/library o llamando al (800) 419-4373.

Cambio de nombre de la Farmacia gratis

Una de sus farmacias gratuitas, la farmacia del Presence Resurrection Medical Center, ha cambiado de nombre. La ubicación es la misma y usted todavía no tiene copago (\$0). Sin embargo, la farmacia ahora se llama: Ascension Rx – Resurrection Pharmacy.

Sus farmacias GRATIS

UNITE HERE HEALTH — HEALTH CENTER

218 S. Wabash, 4th Floor
Chicago, IL 60604
(312) 736-3397

*Ubicado en el mismo edificio que
las oficinas del Fondo y Local 1*

**Farmacia Gratis en Ascension Rx —
Resurrection Pharmacy**

7447 W. Talcott Ave.
Professional Building
Chicago, IL 60631
(773) 792-5030



(800) 419-4373 • uhh.org

P.O. Box 6020, Aurora, IL 60598-0020

Este documento presenta un Resumen de las modificaciones de materiales (SMM, según sus siglas en inglés), según la Ley de seguridad de ingresos para los empleados jubilados (ERISA, según sus siglas en inglés), de 1974, según enmienda, y sintetiza las medidas que acaba de tomar el Consejo administrativo de UNITE HERE HEALTH. Describe cambios administrativos y modificaciones en los beneficios que afectan la información incluida en la Descripción resumida del Plan (SPD, según sus siglas en inglés). El SMM aborda los cambios que afectan todos los beneficios presentes en la SPD y puede incluir modificaciones y beneficios que no rigen en su caso particular, según las elecciones que realiza su empleador.

Lea con atención la información y guárdela junto con su SPD, para futura referencia.

Excepto por lo descrito en el SMM, la información que contiene el SPD continúa vigente.

Debido a la pandemia, en general usted tiene más tiempo para hacer ciertas cosas, como presentar o apelar un reclamo, inscribir a un dependiente nuevo o elegir COBRA y hacer pagos de COBRA. Llámenos para obtener más información.



Cambios en su beneficio de la visión

A partir del 1 de enero de 2023, sus beneficios para la vista están mejorando. Davis Vision administrará los beneficios de la vista autofinanciados para usted y sus dependientes. Estos reclamos no se coordinarán con ningún otro plan.

Por lo general, si acude a un proveedor de Davis Vision, usted no tiene que presentar un reclamo por atención oftalmológica porque los proveedores de Davis Vision presentarán el reclamo en su nombre. Sin embargo, si necesita presentar un reclamo porque usó un proveedor que no está en la red de Davis Vision, envíelo dentro de los 365 días posteriores a la fecha en que se incurrió en el reclamo a: Davis Vision, Vision Care Processing Unit (Unidad de procesamiento de atención de la vista), P.O. Box 1525, Latham, NY 12110.

Si su apelación para beneficios es denegada total o parcialmente, usted puede presentar una apelación. Se aplica un nivel de apelación a las reclamaciones de Davis Vision. Consulte su SPD para obtener más información sobre cómo presentar apelaciones para reclamos con un nivel de apelación.

El siguiente lenguaje reemplaza la sección titulada “Beneficios de la visión” en su SPD:

Beneficios oftalmológicos

UNITE HERE HEALTH ha contratado a Davis Vision para administrar los beneficios oftalmológicos provistos a usted y a sus dependientes.

Si necesita presentar un reclamo, envíelo dentro de los 365 días a:

**Davis Vision
Vision Care
Processing Unit**

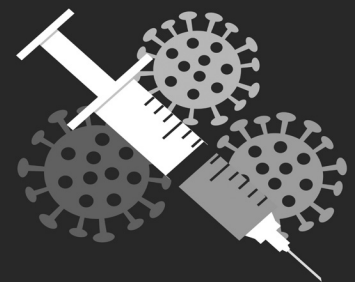
PO Box 1525
Latham, NY 12110

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (800) 419-4373 • uhh.org

¡Protéjase!

¡Hable con su médico de atención primaria sobre qué vacunas son adecuadas para usted!

Las vacunas ayudan a protegerlo de contraer y propagar enfermedades graves que podrían tener como resultado problemas de salud, falta de trabajo, facturas médicas y la imposibilidad de cuidar a su familia. ¿Desea más información? Visite www.cdc.gov



VISION *(continuación)*

Beneficios dentales: lo que usted paga

<i>Beneficios cubiertos una vez cada año calendario</i>	Proveedor de la red Davis Vision	Proveedor fuera 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 accesorios combinados
Monturas	\$0 copago para armazones de la colección Davis Fashion, Designer o Premier \$0 copago; \$150 beneficio máximo para todos los demás marcos	
Lentes de contacto electivos, en vez de anteojos	Copago de \$0 para lentes de contacto de la colección Davis 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	

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (800) 419-4373 • uhh.org

¡La aplicación móvil del Portal para Miembros de UHH le brinda acceso a sus beneficios las 24 horas del día, los 7 días de la semana!

Escanee el código QR o busque "UHH Member Portal" en su tienda de aplicaciones.



IPHONE



ANDROID



VISIÓN *(continuación)*

Proveedores de la red versus proveedores fuera de la red

El Plan paga beneficios basándose en si usted obtiene tratamiento de un proveedor dentro de la red o de un proveedor de afuera de la red.

Lo que usted paga

Usted paga cualquier copago indicado en el gráfico al inicio de esta sección. También paga cualquier gasto que el Plan no cubra, incluidos costos que son más que un beneficio máximo en particular.

Opciones de actualización a través de proveedores de red

Aunque el Plan no pagará mejoras u opciones, si usted acude a un proveedor de la red, puede recibir ciertas mejoras u opciones. Algunas opciones pueden estar disponibles sin costo alguno; otras pueden tener una tarifa fija. Sus costos dependen de las actualizaciones que elija.

También puede obtener descuentos en cirugías oculares láser. (Los beneficios no son pagaderos para cirugía ocular láser).

Obtenga respuestas a sus preguntas sobre actualizaciones y opciones comunicándose con Davis Vision o preguntándole a su proveedor de red.

Qué paga el Plan

El Plan paga el 100 % de los gastos cubiertos después de que usted realiza cualquier copago aplicable. Si usted acude a un proveedor fuera de la red, el Plan solo paga hasta el máximo indicado en la tabla para su cuidado de la vista.

Qué está cubierto

Los beneficios están disponibles cada año calendario. Por ejemplo, si tiene un examen y obtiene anteojos el 15 de enero de 2023, la próxima vez que el Plan cubriría su examen y anteojos sería el 1 de enero de 2024.

- Exámenes (incluyendo la dilatación cuando esté indicado profesionalmente).
- Imágenes de la retina proporcionadas por un proveedor de la red.
- Lentes de plástico, incluyendo monofocales, lentes bifocales, lentes trifocales o lentes lenticulares.

Para localizar un proveedor de red cerca de usted, comuníquese con:

Davis Vision

(800) 999-5431

www.davisvision.com

(Regístrese para obtener información detallada)

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (800) 419-4373 • uhh.org

VISIÓN *(continuación)*

- Monturas
- Lentes de contacto estándar (desechables o de reemplazo planificado), incluyendo la evaluación y ajuste, en lugar de anteojos.
 - ▶ Los contactos de reemplazo planificados y desechables se suministrarán en cantidades determinadas por Davis Vision.
- Contactos médicamente necesarios, con autorización previa de Davis Vision.
- Servicios de baja visión proporcionados por un proveedor de la red, con autorización previa de Davis Vision:
 - ▶ Se cubre una evaluación de baja visión cada cinco años calendario, con un máximo de \$300.
 - ▶ Se cubren cuatro visitas de atención de seguimiento en un período de cinco años calendario, con un máximo de \$100 por visita.
 - ▶ Hasta \$600 para dispositivos de baja visión cada cinco años calendario, sujeto a un máximo de por vida de \$1,200.

Lo que no está cubierto

La sección de su SPD titulada “Exclusiones y limitaciones generales” explica lo que el Plan no cubrirá. Además de esa lista, los siguientes tratamientos, servicios y suministros de la vista no están cubiertos por los beneficios de la vista:

- Imágenes de la retina proporcionadas por un proveedor fuera de la red.
- Lentes sin medida.
- Cualquier tipo de lente, montura, servicio, suministro u opción que no esté cubierta bajo el contrato de Davis Vision.
- Dos pares de anteojos en vez de bifocales.
- Lentes de contacto y anteojos durante el mismo año calendario.
- Servicios o suministros por visión disminuida que no sean previamente aprobados o que superen los límites del máximo o la frecuencia de beneficios especificados en el contrato con Davis Vision.
- Tratamiento médico de enfermedades o lesiones oculares (puede estar cubierto bajo “Beneficios médicos”).
- Reemplazo de lentes de contacto, lentes o marcos perdidos o rotos, excepto según lo disponible bajo la garantía de Davis Vision.

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (800) 419-4373 • uhh.org



Actualice su red Green

¡Vaya con el Green! Los siguientes están en su **Red Green**:

- Ascension Illinois
- AdventHealth
- Saint Anthony Hospital en Chicago
- Little Company of Mary Hospital en Evergreen Park

Encuentre un proveedor en la red Green llamando al **(800) 419-4373** o visitando www.uhh.org.

Su red BlueChoice Select PPO se está expandiendo

A partir del 1 de enero de 2023, su red BlueChoice Select PPO crecerá para incluir todos los condados de Illinois, excepto los siguientes condados:

- • Sangamon.
- • Wabash.
- • Lawrence.

Recuerde, si usted (el empleado) vive dentro del área de la red de BlueChoice Select PPO, su red de atención dentro de Illinois es la red de BlueChoice Select PPO.

Si vive fuera del área de red de BlueChoice Select PPO, su red de atención dentro de Illinois es la red BCBSIL PPO.

Si usted (el empleado) vive dentro del área de la red de BlueChoice Select PPO y su dependiente cubierto vive en Illinois pero fuera del área de la red de BlueChoice Select PPO, su dependiente puede usar la red de BCBSIL PPO. Llame al Fondo al (800) 419-4737 si esta situación aplica a usted.

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (800) 419-4373 • uhh.org



Cambios en su beneficio de viaje y alojamiento

A partir del 1 de julio de 2022, el Fondo amplió su beneficio de viaje y alojamiento para ayudarlo a obtener atención médica que no está disponible cerca de su hogar.

	<i>Qué paga el Plan</i>
Transporte y alojamiento	El Plan paga el 100% hasta \$10,000 por episodio de atención, incluyendo hasta \$200 por día para alojamiento y hasta \$50 por día para gastos de comida

El siguiente texto reemplaza el gasto de viaje y alojamiento cubierto en la sección Beneficios médicos de su SPD:

Reembolso por costos razonables de viaje, alojamiento y comida para obtener tratamiento médico cubierto que no está disponible de un proveedor de la red dentro de las 100 millas de su hogar. Aplican las siguientes reglas:

- Excepto en situaciones limitadas, el Plan generalmente requiere que obtenga una autorización previa de estos gastos para recibir el reembolso. Asegúrese de comunicarse con el Fondo antes de obtener servicios para obtener más información.
- No están cubiertos los gastos que no sean primordialmente ni esenciales para la atención médica.
- Los costos de viaje, alojamiento y comidas de otra persona que viaje con usted (el mismo día que usted) también estarán cubiertos.
- Los gastos de viaje son reembolsables para pasajes aéreos o ferroviarios a la tarifa económica, taxi o transporte terrestre, o reembolso de millaje según la tarifa actual emitida por el IRS para la ruta más directa entre su residencia y las instalaciones. Los gastos de peaje y estacionamiento también se consideran gastos de viaje subvencionables.
- Los gastos que no estén directamente relacionados con el viaje y el alojamiento no están cubiertos. Esto incluye, pero no se limita a: alcohol, tabaco, lavandería, limpieza en seco, teléfono, cargos que excedan las tarifas de clase turista, seguro de viaje o de viaje personal, cuidado de niños, cuidado de niños o perreras, reembolso por salarios perdidos, cargos relacionados con un persona de apoyo familiar no incurrido durante su estadía en la instalación, mantenimiento del automóvil, ropa, entretenimiento, flores, tarjetas, papelería, servicios domésticos, cargadores de teléfonos celulares, servicios de mucama, depósitos de seguridad, artículos de tocador, multas o sanciones de tránsito.

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (800) 419-4373 • uhh.org

MÉDICA *(continuación)*

- El reembolso está limitado a \$10,000 por episodio de atención combinado para usted y su compañero de viaje. Esto incluye hasta \$200 por día para alojamiento y hasta \$50 por día para costos de comidas para usted y su compañero de viaje combinados.
- Debe proporcionar al Plan los recibos y cualquier información necesaria para procesar su reclamo.
- Debe participar en cualquier programa de administración de casos requerido por el Fondo.
- No puede obtener un reembolso por los gastos relacionados con su participación en un ensayo clínico o por servicios fuera de los Estados Unidos.
- El Fondo puede organizar o pagar por adelantado ciertos costos de viaje o alojamiento en lugar de exigirle que pague usted mismo y luego solicite el reembolso.

Si su reembolso excede ciertos límites del IRS, se considera “ingreso imputado” (beneficios que no forman parte de su salario pero que se gravan como ingresos) y el Fondo le enviará un formulario de impuestos. Más detalles sobre el beneficio están disponibles a pedido.

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (800) 419-4373 • uhh.org

¡La buena salud empieza al conocer sus beneficios!

- Su información de beneficios más actualizada siempre está disponible en línea. Visite www.uhh.org/library para ver su SPD, SBC y otros SMM. Estos documentos lo ayudan a comprender cuáles son sus beneficios y cómo usarlos. También le informan las reglas y regulaciones del plan.
- Sus Benefits at a Glance (Beneficios a simple vista), una descripción general de sus beneficios en un formato fácil de leer, también está en línea. Vaya a www.uhh.org y seleccione su plan.

