



# Your Benefits

## At a Glance

Please refer to your medical ID card to see what level of coverage you have. Remember—go to an office, independent lab or non-hospital center instead of a hospital, when possible. It costs you and your health fund less!

<b>Medical</b>	<b>Gold Plus</b>	<b>Silver Plus</b>
WHAT'S COVERED <i>(In network)</i>	WHAT YOU PAY	WHAT YOU PAY
<b>Office Visits</b>		
Preventive Care*	\$0 copay	\$0 copay
Primary Care Provider (PCP)	\$20	\$25
Doctor on Demand <i>(telemedicine)</i>	\$15	\$15
Specialist	\$40	\$50
Mental Health/Substance Abuse	\$20	\$25
Chiropractic Services* <i>(12 visits per year)</i>	\$20	\$25
Diabetes Education*	\$0	\$0
<b>Emergency, Urgent Care, and Inpatient Services</b>		
Urgent Care Center	\$40	\$50
ER for Emergency <i>(waived if admitted)</i>	\$150	\$200
ER for Routine Care*	50% of charges	50% of charges, after deductible
Ambulance <i>(ground only; 2 trips per year)</i>	\$150	30%, after deductible
Inpatient Hospitalization	\$250 per day <i>(\$750 max per admission)</i>	30%, after deductible
Skilled Nursing Facility <i>(30 days per year)</i>	\$250 per day <i>(max \$750; no copay following a hospital stay)</i>	30%, after deductible
<b>Outpatient Services</b>		
Outpatient Surgery	\$150 ambulatory surgical center	20%, after deductible
	\$250 hospital	30%, after deductible
Physical and Occupational Therapy <i>60 visits per year, combined</i>	\$20 office or non-hospital lab	\$30 office or non-hospital lab
	\$40 hospital outpatient	\$60 hospital outpatient
Speech Therapy <i>30 visits per year</i>	\$20 office or non-hospital lab	\$30 office or non-hospital lab
	\$40 hospital outpatient	\$60 hospital outpatient
Infusion Medication and Chemotherapy	\$0 home	\$0 home
	\$20 office or infusion center	\$25 office or infusion center
	20% hospital outpatient <i>(max of \$200 per visit)</i>	30% hospital outpatient, after deductible <i>(max of \$250 per visit)</i>
Kidney Dialysis	\$0 home or dialysis center	\$0 home or dialysis center
	20% hospital outpatient <i>(max of \$200 per visit)</i>	30% hospital outpatient, after deductible <i>(max of \$250 per visit)</i>
Radiation Therapy	20% of charges	30%, after deductible

\*No coverage for non-network care

**(855) 405-FUND**  
**www.uhh.org**

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

<b>Medical (continued)</b>	<b>Gold Plus</b>	<b>Silver Plus</b>
WHAT'S COVERED (In network)	WHAT YOU PAY	WHAT YOU PAY

**Lab and Imaging Services**

Laboratory Services and Radiology <i>(no extra copays when part of an office visit)</i>	\$20 office or non-hospital lab	\$25 office or non-hospital lab
	\$80 hospital outpatient	\$100 hospital outpatient
Diagnostic Imaging (CT, MRI, PET)	\$150 office or non-hospital lab	\$175 office or non-hospital lab
	\$250 hospital outpatient	\$300 hospital outpatient

**Other Care and Expenses**

Home Health Care Visit (30 visits per year)	\$10	\$15
Hospice Care	\$0	\$0
Podiatric Orthotics* <i>\$500 max every 24 months</i>	\$0	\$0
Durable Medical Equipment*	25%	25%, after deductible

**Prescription Drug** True Choice network excludes CVS and certain other chains and independents (non-preferred brand name drugs are not covered)

Generic	\$10 copay per prescription
Preferred Brand Name Drugs <i>On the formulary</i>	\$30 copay per prescription
Specialty or Biosimilar Drugs	25% coinsurance (\$50 max per prescription)

**Other**

Medical Deductible	\$0	\$1,500 individual; \$3,000 family				
Network Out-of-Pocket Spending Limit <i>Once your cost sharing for network covered expenses reaches these limits, the Plan pays 100% for most of your covered network expenses for the rest of the year (see your SPD for expenses that don't count).</i>		<table border="1"> <tr> <td>Medical</td> <td>\$5,000 individual; \$10,000 family</td> </tr> <tr> <td>Pharmacy</td> <td>\$1,600 individual; \$3,200 family</td> </tr> </table>	Medical	\$5,000 individual; \$10,000 family	Pharmacy	\$1,600 individual; \$3,200 family
Medical	\$5,000 individual; \$10,000 family					
Pharmacy	\$1,600 individual; \$3,200 family					
Non-Network Coverage	50% of charges					

\*No coverage for non-network care

**Offered as a bundled package**

<b>Dental   Cigna DHMO</b>		+	<b>Vision   VSP</b>		
Coverage for network benefits only	WHAT YOU PAY		Benefits available every 12 months	WHAT YOU PAY	
			VSP Network	Non-network	
Diagnostic and Preventive	Copays equal to about 1% coinsurance	Eye Exam	\$10 copay	Reimbursed up to \$45	
Basic Restorative	Copays equal to about 35% coinsurance	Frames/Lenses	\$25 copay (\$160 max)	Reimbursed up to \$30-\$100, depending on frame/lens type	
Major Restorative	Copays equal to about 40% coinsurance	Contact Lenses <i>Instead of glasses</i>	\$0 copay (\$160 max)	Reimbursed up to \$120	
Orthodontics <i>24-month max</i>	Copays equal to about 50% coinsurance				
<i>No deductible; no non-orthodontic maximum</i>					

<b>Life and AD&amp;D</b>	
Life Insurance	\$10,000
AD & D Insurance	\$5,000

<b>Short-Term Disability</b>	
Short-Term Disability <i>1st day accident/8th day illness</i>	\$200/week; 26-week max

Life, AD&D, and Short-Term Disability are available to employees only (no dependents), including those who waive medical coverage.



# Sus Beneficios

## Resumen

Por favor, consulte su tarjeta de identificación médica para ver qué nivel de cobertura que usted tiene. Recuerde—cuando sea posible, acuda a una clínica, laboratorio independiente o centro no hospitalario en lugar de ir al hospital. Su precio es de usted y su fondo de salud menos!

Médico	Gold Plus	Silver Plus
QUÉ TIENE COBERTURA <i>(adentro de la red)</i>	QUÉ ES LO QUE USTED PAGA	QUÉ ES LO QUE USTED PAGA
<b>Visitas a la Clínica</b>		
Atención Preventiva*	\$0 copago	\$0 copago
Médico de Atención Primaria (PCP)	\$20	\$25
Doctor on Demand (Médico Cuando lo Necesite) <i>(telemedicina)</i>	\$15	\$15
Especialista	\$40	\$50
Salud Mental/Abuso de Sustancias	\$20	\$25
Servicios de Quiropráctico* <i>(12 visitas al año)</i>	\$20	\$25
Educación Sobre la Diabetes*	\$0	\$0
<b>Emergencias, Centro de Urgencias y Servicios de Hospitalización</b>		
Centro de Urgencias	\$40	\$50
Sala de Emergencias (ER) en Caso de Emergencias <i>(se omite si es admitido)</i>	\$150	\$200
Sala de Emergencias (ER) para Atención Rutinaria*	50% de los cargos	50% de los cargos, después del deducible
Ambulancia <i>(sólo terrestre; 2 viajes al año)</i>	\$150	30% después del deducible
Hospitalización del Paciente	\$250 al día <i>(\$750 máximo por admisión)</i>	30% después del deducible
Instalaciones de Enfermería Especializada <i>(30 días al año)</i>	\$250 al día <i>(máximo \$750; no hay, copago después de una estadía en hospital)</i>	30% después del deducible
<b>Servicios Ambulatorios</b>		
Cirugía Ambulatoria	\$150 Centro quirúrgico ambulatorio	20%, después del deducible
	\$250 hospital	30%, después del deducible
Terapia Física y Ocupacional <i>60 visitas al año, combinadas</i>	\$20 en clínica o laboratorio que no sea en el hospital	\$30 en clínica o laboratorio que no sea en el hospital
	\$40 paciente ambulatorio de hospital	\$60 paciente ambulatorio de hospital
Terapia del Habla <i>30 visitas al año</i>	\$20 en clínica o laboratorio que no sea en el hospital	\$30 en clínica o laboratorio que no sea en el hospital
	\$40 paciente ambulatorio de hospital	\$60 paciente ambulatorio de hospital
Medicamento por Infusión y Quimioterapia	\$0 en el hogar	\$0 en el hogar
	\$20 en clínica o centro de infusión	\$25 en clínica o centro de infusión
	20% paciente ambulatorio de hospital <i>(máximo de \$200 por visita)</i>	30% paciente ambulatorio de hospital, después del deducible <i>(máximo de \$250 por visita)</i>
Diálisis del Riñón	\$0 en el hogar o Centro de diálisis	\$0 en el hogar o Centro de diálisis
	20% paciente ambulatorio de hospital <i>(máximo de \$200 por visita)</i>	30% paciente ambulatorio de hospital, después del deducible <i>(máximo de \$250 por visita)</i>
Radioterapia	20% de cargos	30%, después del deducible

\*No hay cobertura para atención afuera de la red

**(855) 405-FUND**  
[www.uhh.org](http://www.uhh.org)

Esta notificación constituye un Resumen de las Modificaciones a los Materiales (SMM, por sus siglas en inglés) en conformidad con la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 y sus enmiendas, y describe las últimas decisiones tomadas por el Consejo de Fideicomisarios de UNITE HERE HEALTH. Aquí se describen los beneficios y cambios administrativos que afectan la información incluida en su Descripción Resumida del Plan (SPD, por sus siglas en inglés). Por favor, lea atentamente esta información y guárdela junto con su SPD para futura referencia. La información que figura en su Descripción Resumida del Plan y no se ve afectada por estas Modificaciones a los Materiales continúa vigente.

<b>Médico (continuación)</b>	<b>Gold Plus</b>	<b>Silver Plus</b>
<b>QUÉ TIENE COBERTURA</b> <i>(adentro de la red)</i>	<b>QUÉ ES LO QUE USTED PAGA</b>	<b>QUÉ ES LO QUE USTED PAGA</b>

**Servicios de Laboratorio e Imágenes**

Servicios de Laboratorio y Radiología <i>(no hay copagos adicionales cuando son parte de una visita a la clínica)</i>	\$20 en clínica o laboratorio que no sea en el hospital	\$25 en clínica o laboratorio que no sea en el hospital
	\$80 paciente ambulatorio de hospital	\$100 paciente ambulatorio de hospital
Diagnóstico por Imágenes (CT, MRI, PET)	\$150 en clínica o laboratorio que no sea en el hospital	\$175 en clínica o laboratorio que no sea en el hospital
	\$250 paciente ambulatorio de hospital	\$300 paciente ambulatorio de hospital

**Otro Tipo de Atención y Gastos**

Visita al Hogar para Atención a la Salud <i>(30 visitas al año)</i>	\$10	\$15
Cuidados Paliativos (Hospicio)	\$0	\$0
Ortopedia de Podiatría* <i>\$500 máximo cada 24 meses</i>	\$0	\$0
Equipo Médico de uso a Largo Plazo, no Desechable (DME)	25%	25% después del deducible

**Medicamentos con receta**

La red True Choice excluye a CVS y algunas otras cadenas y farmacias independientes  
*(los medicamentos de marca no preferidos no tienen cobertura)*

Genéricos	\$10 copago por prescripción
Medicamentos de Marca Preferidos <i>En el formulario</i>	\$30 copago por prescripción
Medicamentos Especializados y Biosimilares	25% coseguro (\$50 máximo por receta)

**Otros**

Deducible Médico	\$0	\$1,500 individual; \$3,000 familia
Límite de Gastos del Bolsillo Adentro de la Red <i>Una vez el costo compartido de gastos con cobertura llega a estos límites, el plan paga el 100% de la mayoría de sus gastos con cobertura dentro de la red durante el resto del año (consulte su SPD para gastos que no cuentan).</i>	Médico	\$5,000 individual; \$10,000 familia
	Farmacia	\$1,600 individual; \$3,200 familia
Cobertura Afuera de la Red	50% de cargos	

\*No hay cobertura para atención afuera de la red

**Ofrecido como Paquete en Combo**

<b>Dental   Cigna DHMO</b>	
<i>La cobertura es solo para beneficios dentro de la red</i>	<b>QUÉ ES LO QUE USTED PAGA</b>
Diagnóstico y Atención Preventiva	Copagos igual a más o menos 1% coseguro
Restaurativo Básico	Copagos igual a más o menos 35% coseguro
Restaurativo Principal	Copagos igual a más o menos 40% coseguro
Ortodoncia <i>24 meses máximo</i>	Copagos igual a más o menos 50% coseguro
<i>No hay deducible; no hay máximo si no es ortodoncia</i>	

+

<b>Visión   VSP</b>		
<i>Beneficios disponibles cada 12 meses</i>	<b>QUÉ ES LO QUE USTED PAGA</b>	
	<b>Red VSP</b>	<b>Afuera de la Red</b>
Exámenes de la Vista	Copago de \$10 dólares	Reembolso hasta \$45
Aros/Lentes	\$25 copago (\$160 máximo)	Reembolso hasta \$30-\$100, dependiendo del tipo de aros/lentes
Lentes de Contacto en lugar de anteojos	\$25 copago (\$160 máximo)	Reembolso hasta \$120

<b>Vida y AD&amp;D</b>	
Seguro de Vida	\$10,000
Seguro AD&D	\$5,000

<b>Discapacidad a Corto Plazo</b>	
Discapacidad a Corto Plazo <i>1er día del accidente/8vo. día de enfermedad</i>	\$200/semana; 26 semanas máximo

Vida, AD&D, y discapacidad a corto plazo sólo están disponibles para empleados (no para los dependientes), incluyendo a quienes hayan renunciado a la cobertura médica.