

Benefits at a Glance

Atlantic City Non-Casino
Plan 202

UNITE **HERE**
HEALTH

In a world of rising
medical costs,

a **FREE** health
center is
priceless!



Effective January 2018

Here's how to make the most of your great benefits!

Get FREE medical care at your very own Health Center!

1

- Primary care
- Labs
- Physical therapy
- Pharmacy
- Ultrasounds and X-Rays
- Mental Health/Substance Abuse Counseling

Call to learn more: (888) 437-3480

Make smart choices!

2

1. Get a primary care provider (PCP). PCPs coordinate your care, saving you time and money.
2. Use network providers. Your out-of-pocket costs will usually be lower.
3. Use emergency rooms (ER) for true emergencies. You will pay more for non-emergency visits to the ER.

Call if you need help!

3

Our Patient Advocates offer FREE help when you need it.

- Answers about benefits and eligibility
- Help finding a provider
- Information about care management, wellness programs, and community resources
- Referrals to people who can help you manage your health conditions

Call for an appointment: (609) 703-8128 or (609) 464-4212

Questions? Contact the Fund!
(888) 437-3480 • www.uhh.org

Benefits at a Glance



These services are **FREE**
at the Health Center!

Medical — Horizon Direct Access			Mental Health/Substance Abuse — Optum	
What You Pay For			Network	Non-Network
Calendar Year Deductible			\$200/person • \$400/family	
Safety Net Out-of-Pocket Spending Limit — <i>Copays, deductibles, and coinsurance you pay for medical and pharmacy</i>			\$6,350/person • \$12,700/family	Not Applicable
Basic Out-of-Pocket Spending Limit — <i>Coinsurance you pay</i>			\$918/person	Not Applicable
Office Visits				
All Services at the UNITE HERE HEALTH - Health Center			FREE!	Not Applicable
Preventive Care — <i>Certain limits may apply</i>			\$0	Not covered
Primary Care Provider (PCP)	FREE at the Health Center!		\$10 copay	50% after deductible
Specialist			\$25 copay	
Mental Health	FREE at the Health Center and		\$10 copay	
Substance Abuse	through Optum online visits!		\$0	
Podiatry, Routine — <i>Up to \$500/calendar year</i>			Plan pays up to \$25/visit	Not covered
Podiatry, Non-Routine			20% after deductible	Not covered
Acupuncture — <i>Up to 12 visits per person/calendar year</i>			\$20 copay	50% after deductible
Urgent Care & Emergency Services				
Urgent Care Center			\$10 copay	50% after deductible
Emergency Room (ER) — <i>True emergency</i>			\$100 copay and 15% after deductible	
Emergency Room (ER) — <i>Non-emergency/routine care</i>			\$100 copay and 50% after deductible	
Ambulance			\$130 copay/trip	
Inpatient Services				
Substance Abuse Care			\$0	50% after deductible
All Other Care — <i>Hospital, skilled nursing facility, residential facility, and hospice</i>			15% after deductible	50% after deductible
Outpatient Services				
Laboratory	FREE at the Health Center! <i>(and at two Quest locations in Pennsylvania)</i>		15% after deductible	50% after deductible
X-ray, Ultrasounds, and Fetal Monitoring	FREE at the Health Center!		\$25 copay/visit, non-hospital \$100 copay/visit, hospital	
Diagnostic Imaging — <i>Includes CAT/CT, CTA, Cardiac CT, MRI, MRA, and PET scans; echocardiograms; nuclear medicine</i>			\$85 copay/visit, non-hospital \$310 copay/visit, hospital	50% after deductible
Surgery	In a provider's office		See office visit above	50% after deductible
	AtlantiCare Surgery Center		\$0	
	Ambulatory Surgical Facility or Hospital		15% after deductible	
Physical, Occupational, and Speech Therapy	Physical therapy is FREE at the Health Center!		15% after deductible	50% after deductible
Chiropractic Care — <i>Up to 24 visits per person/calendar year</i>			Plan pays up to \$25/visit	Not covered
Diabetes Education			\$0	Not covered
Nutrition Counseling — <i>Up to 4 visits per person/calendar year</i>			\$0	Not covered

This is an easy-to-read summary and does not include all benefits or services. 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 **(888) 437-3480**.

Benefits at a Glance

Medical — Horizon Direct Access

Select Covered Services

Durable Medical Equipment		20% after deductible	Not covered
Home Health Services	FREE at Kessler AtlantiCare!	20% after deductible	50% after deductible
Outpatient Hospice Care	FREE at AtlantiCare!	20% after deductible	
Sleep Studies		20% after deductible	
Orthotics and Prosthetics (no coverage for non-network podiatric orthotics)		20% after deductible	
All Other Covered Expenses — including professional fees (which may be required in addition to the above cost-sharing)		20% after deductible	

Non-Medical Benefits/Services

Prescription Drugs — Hospitality Rx (Visit www.hospitalityrx.org for a list of network pharmacies)

What You Pay For	Network	Non-Network
Drugs/Supplies from the Health Center Pharmacy	FREE!	Not covered
Generic Drugs — <i>On the formulary</i>	\$5 copay	
Brand Name Drugs — <i>On the formulary</i>	\$15 copay	
Specialty Brand and Biosimilar Drugs	25% coinsurance (\$20 maximum copay)	
Drugs NOT on the formulary	Not covered	
<i>Interested in mail order? Call our mail-order pharmacy partner, WelldyneRx, at (844) 813-3860</i>	<i>Need a specialty drug? You can get them at the Health Center pharmacy or through Walgreens Specialty Mail Order Pharmacy</i>	

Dental — BeneCare Dental

	Managed Care Option <i>What you pay:</i>	Fee-for-Service Option <i>Plan pays up to:</i>
Diagnostic and Preventive Care — Includes routine exams, cleanings and x-rays	\$0	\$9–\$32
Restorative Care — Includes fillings, inlays and crowns	\$0–\$245	\$16–\$167
Root canal therapy	\$110–\$150	\$181–\$209
Extractions	\$0–\$60	\$25–\$72
Prosthodontics — Includes dentures and bridgework	\$105–\$190	\$123–\$170
Orthodontic Care — Only for dependent children through age 19	\$1,000 lifetime maximum	
Maximum Benefit Per Person — For non-orthodontic services	\$1,500	\$500

Vision — Davis Vision

What You Pay For	Network	Non-Network
Exam — Covered every 12 months	\$10 copay	Out of service area only (\$100 maximum every benefit cycle)
Frames — Covered every 24 months	Any Fashion or Designer level frame from Davis' collection	
	Any Premium level frame from Davis' collection	
	All other frames	
Lenses — Covered every 12 months; lens options subject to additional copays	\$0	
Elective Contacts — Covered every 12 months	\$45 copay for Davis contacts	
	\$55 credit for non-Davis contacts	

Hearing Aids

What Plan Pays For	Network	Non-Network
Hearing Aid Only	Plan pays up to \$500 every 24 months	

Getting approval before you receive care

What is prior authorization?

Prior authorization is calling to make sure certain treatments, services, or supplies are medically necessary **before** you receive care. This helps:

- Avoid procedures you don't need
- Save you and your health fund money
- Ensure you get the right care

Who's responsible for getting approval?

- **In-network**—Horizon Direct Access **PROVIDERS** are responsible for following the prior authorization procedures (that means you will not be penalized, even if your Direct Access provider does not follow the procedures).
- **Out-of-network**—**YOU** are responsible for following the prior authorization procedures. If you don't get prior authorization, you pay a **\$150 penalty** and benefits may be denied.
- **EviCore services** (diagnostic imaging tests)
 - **In-network**: Horizon Direct Access providers get the required authorization on your behalf. *(If they do not, you pay nothing.)*
Once your imaging procedure is authorized, eviCore schedules your appointment at the imaging location nearest you.
 - **Out-of-network**: You are responsible for getting authorization from eviCore. Benefits are subject to the Plan's deductible and coinsurance requirements.

How do I start prior authorization?

- **For medical procedures and tests**, you, a family member, or your doctor must call Horizon Blue Cross Blue Shield at **(866) 899-0626**.
- **For mental health and alcohol/substance abuse treatment**, call Optum at **(866) 248-4094**.
- **For diagnostic imaging tests**, call eviCore at **(866) 496-6200**.

What if I'm hospitalized?

For non-maternity inpatient admissions, including skilled nursing, hospice, hospital, and residential treatment:

- Non-emergency confinements—call any time prior to admission.
- Emergency care confinements—call the first business day following admission.

For maternity hospitalizations, call for any stays exceeding:

- 48 hours for the normal delivery of a newborn child; or
- 96 hours for the delivery of a newborn child by caesarean section.

What types of services need prior authorization?

Outpatient Surgeries and Tests

These—and many other—surgeries and diagnostic tests require prior authorization. You can find a complete list online at www.uhh.org.

- Ambulance transportation (*non-emergency*)
- Arthroscopies
- Durable medical equipment over \$500
- Hip or knee replacement
- Home healthcare
- All hospital-based outpatient surgical procedures
- Occupational, physical, and speech therapy
- Orthotics and prosthetics over \$500
- Sleep studies

Diagnostic Imaging Tests

These nonemergency, outpatient diagnostic imaging services require prior authorization.

- CT Scans (CAT Scans)
- Cardiac Catheterizations
- CTA Scans
- PET Scans
- MRIs and MRAs
- Radiation Therapy
- Nuclear Medicine (*used for diagnostic imaging*)
- Echocardiograms
- Nuclear Cardiac Imaging

Network Provider	Phone
UNITE HERE HEALTH – Health Center	(609) 570-2400
Horizon Blue Cross Blue Shield <i>Find a network provider</i>	(800) 810-2583
Horizon Blue Cross Blue Shield <i>Get prior authorization for hospitalizations and certain medical services</i>	(866) 899-0626
eviCore <i>Get prior authorization for certain outpatient diagnostic imaging services</i>	(866) 496-6200
Optum <i>Get prior authorization for mental health and substance abuse services and find Optum providers</i>	(866) 248-4094
BeneCare Dental	(800) 843-4727
Davis Vision	(800) 999-5431
Hospitality Rx <i>Find a network Pharmacy, enroll in the mail order pharmacy, or get specialty drugs through Walgreens Specialty Mail Order</i>	(844) 813-3860

Questions? Contact the Fund!

(888) 437-3480 • www.uhh.org

Beneficios a Simple Vista

Atlantic City Non-Casino
Plan 202

¡En un mundo de
crecientes costos médicos,

un centro de
salud GRATIS es
invaluable!

UNITE **HERE**
HEALTH

Vigente Enero del 2018

¡Así es como puede aprovechar al máximo de sus grandes beneficios!

¡Obtenga atención médica GRATIS en su propio Centro de Salud!

1

- Cuidado primario
- Laboratorios
- Terapia física
- Farmacia
- Ultrasonidos y Radiografías
- Salud Mental/Asesoramiento Sobre el Abuso de Sustancias

Llame para conocer más: (888) 437-3480

¡Tome decisiones inteligentes!

2

1. Obtenga un proveedor de atención primaria (PCP). Los PCP coordinan su cuidado, ahorrándole tiempo y dinero.
2. Utilice proveedores dentro de la red. Los costos de gastos fuera de su bolsillo por lo general serán más bajos.
3. Utilice las salas de emergencia (ER) para emergencias verdaderas. Usted pagará más por visitas a una sala de emergencia (ER) que no son de emergencia.

¡Llame si necesita ayuda!

3

Nuestros Asesores del Paciente ofrecen ayuda GRATIS cuando usted la necesite.

- Respuestas sobre los beneficios y elegibilidad
- Ayuda para encontrar un proveedor
- Información sobre el manejo de los cuidados, programas de bienestar y recursos comunitarios
- Referencias a personas que pueden ayudarle a manejar sus condiciones de salud

Llame para hacer una cita: (609) 703-8128 o (609) 464-4212

¿Preguntas? ¡Contacte a el Fondo!

(888) 437-3480 • www.uhh.org

Beneficios a Simple Vista



¡Estos servicios son **GRATIS** en el Centro de Salud!

Médico — Horizon Direct Access		Salud Mental/Abuso de Sustancias — Optum	
Lo que Usted Paga		Dentro de la Red	Fuera de la Red
Deducible por Año Calendario		\$200/persona • \$400/familia	
Red de Protección Límite de Gastos Fuera del Bolsillo — <i>Copagos, deducibles, y coseguro que usted paga por médico y farmacia</i>		\$6,350/persona • \$12,700/familia	No se aplica
Límite Básico de Gastos Fuera del Bolsillo — <i>Coseguro que usted paga</i>		\$918/persona	No se aplica
Visitas al Consultorio			
Todos los Servicios en el Centro de Salud - UNITE HERE HEALTH		¡GRATIS!	No se aplica
Cuidado Preventivo — <i>Pueden aplicarse ciertos límites</i>		\$0	No tiene cobertura
Proveedor de Cuidados Primarios (PCP)	¡GRATIS en el Centro de Salud!	 \$10 copago	50% después del deducible
Especialista			
Salud Mental	¡GRATIS en el Health Center y a través de las visitas en línea de Optum!	 \$10 copago	
Abuso de Sustancias		\$0	
Podología, Rutinarias — <i>Hasta \$500/año calendario</i>		El Plan paga hasta \$25/visita	No tiene cobertura
Podología, No Rutinarias		20% después del deducible	No tiene cobertura
Acupuntura — <i>Hasta 12 visitas por persona/año calendario</i>		\$20 copago	50% después del deducible
Servicios de Atención de Urgencia y de Emergencia			
Centro de Atención de Urgencias		\$10 copago	50% después del deducible
Sala de Emergencias (ER) — <i>Verdadera emergencia</i>		\$100 copago y 15% después del deducible	
Sala de Emergencias (ER) — <i>No emergencia/cuidado rutinario</i>		\$100 copago y 50% después del deducible	
Ambulancia		\$130 copago/viaje	
Servicios de Hospitalización			
Substance Abuse Care		\$0	50% después del deducible
Todos los Demás Cuidados — <i>Hospital, centro de enfermería especializada, centro residencial y hospicio</i>		15% después del deducible	50% después del deducible
Servicios Ambulatorios			
Laboratorio	¡GRATIS en el Centro de Salud! (y en dos ubicaciones de Quest en Pennsylvania)	 15% después del deducible	50% después del deducible
Rayos X, ultrasonidos y monitorización fetal	¡GRATIS en el Centro de Salud!		
Diagnóstico por Imágenes — <i>Incluye Tomografía axial computarizada CAT/CT, Angiografía por tomografía computarizada CTA, TC Cardíaca, Resonancia magnética MRI, Angiografía de resonancia magnética MRA, y escáner TEP; ecocardiogramas; medicina nuclear</i>		\$85 copago/visita, no hospitalaria \$310 copago/visita, de hospital	50% después del deducible
Cirugía	En el consultorio del proveedor	Vea arriba, visita de consultorio	50% después del deducible
	AtlantiCare Surgery Center	\$0	
	Centro Quirúrgico Ambulatorio o Hospital	15% después del deducible	
Terapia Física, Ocupacional o del Habla	La terapia física es ¡GRATIS en el Centro de Salud!	 15% después del deducible	50% después del deducible
Cuidado quiropráctico — <i>hasta 24 visitas por persona/año calendario</i>		El Plan paga hasta \$25/visita	No tiene cobertura
Educación sobre la Diabetes		\$0	No tiene cobertura
Asesoría en Nutrición — <i>hasta 4 visitas por persona/año calendario</i>		\$0	No tiene cobertura

Este es un resumen fácil de leer y no incluye todos los beneficios o servicios. Si hay un conflicto entre este resumen y los documentos de su plan, entonces los documentos del plan son los correctos. Para más detalles sobre sus beneficios o para averiguar qué tratamientos/servicios requieren autorización previa, por favor, consulte su Descripción Resumida del Plan (SPD) o llámenos al **(888) 437-3480**.

Beneficios a Simple Vista

Médico — Horizon Direct Access

Servicios Selectos Cubiertos

Equipo Médico Duradero		20% después del deducible	No tiene cobertura
Servicios de Salud en el Hogar	¡GRATIS en Kessler AtlantiCare!	20% después del deducible	50% después del deducible
Cuidado de hospicio ambulatorio	¡GRATIS en AtlantiCare!	20% después del deducible	
Estudios del Patrón del Sueño		20% después del deducible	
Ortopedia y Prótesis (<i>ortopedia podiátrica no tiene cobertura fuera de la red</i>)		20% después del deducible	
Todos los Demás Gastos Cubiertos — <i>incluyendo honorarios profesionales (que pueden ser requeridos adicionalmente a los gastos compartidos anteriores)</i>		20% después del deducible	

Beneficios/Servicios No Médicos

Medicamentos con Receta — Hospitality Rx (*Visite www.hospitalityrx.org para una lista de farmacias dentro de la red*)

Lo Que Usted Paga	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Medicamentos/Suministros de la Farmacia del Centro de Salud	¡GRATIS!	No tiene cobertura
Medicamentos Genéricos — <i>En el formulario</i>	\$5 copago	
Medicamentos de Marca — <i>En el formulario</i>	\$15 copago	
Medicamentos Especializados y Biosimilares	25% coseguro (\$20 copago máximo)	
Medicamentos NO incluidos en el formulario	No tiene cobertura	
<i>¿Interesado en pedidos por correo? Llame a nuestro socio de farmacia de pedido por correo, WelldyneRx, al (844) 813-3860</i>	<i>¿Necesita un medicamento especializado? Puede obtenerlos en la farmacia del Centro de Salud o a través de Walgreens Specialty Mail Order Pharmacy</i>	

Dental — BeneCare Dental

	Opción de Cuidado Administrado <i>Lo que usted paga:</i>	Opción de Pago por Servicio <i>El Plan paga hasta:</i>
Cuidados de Diagnóstico y Preventivo — <i>Incluye exámenes rutinario, limpiezas y radiografías</i>	\$0	\$9–\$32
Cuidado Restaurativo — <i>Incluye rellenos, incrustaciones y coronas</i>	\$0–\$245	\$16–\$167
Terapia de Endodoncia (Root Canal)	\$110–\$150	\$181–\$209
Extracciones	\$0–\$60	\$25–\$72
Prostodoncia — <i>Incluye dentadura postiza y prótesis dentales</i>	\$105–\$190	\$123–\$170
Cuidado de Ortodoncia — <i>Sólo para niños dependientes hasta los 19 años</i>	\$1,000 máximo de por vida	
Beneficio Máximo por Persona — <i>Para servicios que no son de ortodoncia</i>	\$1,500	\$500

Visión — Davis Vision

Lo Que Usted Paga	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Examen — <i>Cubierto cada 12 meses</i>	\$10 copago	Sólo fuera del área de servicio (Máximo de \$100 cada ciclo de beneficios)
Marcos — <i>Cubierto cada 24 meses</i>	<i>Any Fashion or Designer level frame from Davis' collection</i>	
	<i>Any Premium level frame from Davis' collection</i>	
	<i>All other frames</i>	
Lentes — <i>Cubierto cada 12 meses; opciones de lentes sujeto a copagos adicionales</i>	\$0	
Lentes de Contacto Electivos — <i>Cubiertos cada 12 meses</i>	\$45 copago para lentes de contacto Davis	
	\$55 crédito para lentes de contacto que no son Davis	

Aparatos Auditivos

Lo Que Paga el Plan	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Únicamente Aparatos Auditivos	El Plan paga hasta \$500 cada 24 meses	

Obtener autorización antes de que usted reciba la atención

¿Qué es autorización previa?

La autorización previa es llamar para asegurarse que ciertos tratamientos, servicios o suministros son médicamente necesarios **antes** de recibir cuidados. Esto le ayuda a:

- Evitar procedimientos que no necesita
- Ahorrarle dinero a usted y su fondo de salud
- Asegurar que usted recibe el cuidado adecuado

¿Quién es responsable de obtener la autorización?

- **Dentro de la Red**—Los **PROVEEDORES** de Horizon Direct Access son responsables de seguir los procedimientos de autorización previa (eso significa que usted no será penalizado, incluso si su proveedor de Direct Access no cumple con los procedimientos).
- **Fuera de la Red**—**USTED** es responsable de cumplir con los procedimientos de autorización previa. Si no obtiene autorización previa, usted paga una **penalización de \$150** y los beneficios pueden ser denegados.
- **Servicios de eviCore** (pruebas de diagnóstico por imágenes)
 - **Dentro de la Red:** Los proveedores de Horizon Direct Access obtienen la autorización requerida en su nombre.
(Si no lo hacen, usted no paga nada.)
 - Una vez su procedimiento de diagnóstico por imagen es autorizado, eviCore programa su cita en la ubicación más cercana a usted.
 - **Fuera de la Red:** Usted es responsable de obtener la autorización de eviCore. Los beneficios están sujetos a los requerimientos de deducible y coseguro del Plan.

¿Cómo inicio una autorización previa?

- **Para procedimientos y exámenes médicos**, usted, un miembro de la familia, o su médico debe llamar a Horizon Blue Cross Blue Shield al **(866) 899-0626**.
- **Para tratamiento de salud mental y abuso de alcohol/sustancias**, llame a Optum al **(866) 248-4094**.
- **Para pruebas de diagnóstico por imágenes**, llame a eviCore al **(866) 496-6200**.

¿Qué pasa si estoy hospitalizado?

Para admisiones como paciente interno que no es por maternidad, incluyendo enfermería especializada, hospicio, hospital y tratamiento residencial:

- Hospitalizaciones que no son emergencia—llame en cualquier momento antes de la admisión.
- Hospitalizaciones por atención de emergencia—llame el primer día hábil después de la admisión.

Hospitalizaciones por maternidad, llame para cualquier estancia que exceda:

- 48 horas para el parto normal de un recién nacido; o
- 96 horas para el parto de un recién nacido por cesárea.

¿Qué tipo de servicios necesitan autorización previa?

Cirugías y exámenes ambulatorios

Estas—y muchas otras—Cirugías y pruebas de diagnóstico requieren autorización previa. Puede encontrar una lista completa en línea en www.uhh.org.

- Transporte en Ambulancia (*no emergencia*)
- Artroscopias
- Equipo médico duradero de más de \$500
- Reemplazo de cadera o rodilla
- Cuidado de la salud en el hogar
- Todos los procedimientos quirúrgicos ambulatorios basados en hospitales
- Terapia ocupacional, física y del habla
- Ortopedia y prótesis de más de \$500
- Estudios del patrón del sueño

Pruebas de diagnóstico por imágenes

Estos servicios de diagnóstico de no emergencia, por imágenes requieren autorización previa.

- Tomografía Axial Computarizada (CAT/CT)
- Cateterización Cardíaca
- Angiografía por Tomografía Computarizada (CTA)
- Escáner TEP (PET)
- MRIs and MRAs
- Terapia de Radiación
- Medicina Nuclear
(Utilizado para diagnóstico por imagen)
- Ecocardiogramas
- Imágenes cardíacas nucleares

Proveedor Dentro de la Red	Teléfono
Centro de Salud! – UNITE HERE HEALTH	(609) 570-2400
Horizon Blue Cross Blue Shield <i>Encontrar un proveedor dentro de la red</i>	(800) 810-2583
Horizon Blue Cross Blue Shield <i>Obtener autorización previa para hospitalizaciones y ciertos servicios médicos</i>	(866) 899-0626
eviCore <i>Obtener autorización previa para ciertos servicios ambulatorios de diagnóstico por imágenes</i>	(866) 496-6200
Optum <i>Obtener autorización previa para servicios de salud mental y abuso de sustancias y encontrar proveedores Optum</i>	(866) 248-4094
BeneCare Dental	(800) 843-4727
Davis Vision	(800) 999-5431
Hospitality Rx <i>Encontrar una Farmacia dentro de la Red, inscribirse en la farmacia de pedidos por correo u obtener medicamentos especializados a través de Specialty Mail Order</i>	(844) 813-3860

¿Preguntas? ¡Contacte a el Fondo!
(888) 437-3480 • www.uhh.org