

LEA ESTOS PRIMERO

¡Su acción es requerida!

1

Coloque la guía de copago verde en su cartera en este momento

Entregue esta guía con su médico en cada visita. Su médico puede utilizarla para encontrar la ubicación de mejor valor, de alta calidad para sus exámenes de laboratorios, imagenología, cirugía y otros procedimientos así como visitas que necesite.

2

Ahorre dinero —conozca sus copagos

El gráfico de beneficios en el interior muestra la ubicación en donde su copago será menor. Por ejemplo, usted paga menos cuando usted visita un Centro de Atención de Urgencias (UCC) en lugar de una sala de emergencias. ¿Conoce su UCC más cercano? De lo contrario, llame a sus Coordinadores de Atención: (866) 686-0003

3

Asegúrese de que sus prescripciones tengan cobertura

Conozca qué medicamentos están cubiertos y qué farmacias se encuentran dentro de su red. De esa manera, no habrá sorpresas al recoger sus recetas.

4

Proteja a su familia—presentando un formulario de beneficiario de vida

Si su cobertura incluye seguro de vida, llene este formulario y envíelo de vuelta al Fondo en el sobre adjunto. O póngase en contacto con sus Coordinadores de Atención para ayuda.

5

¿Tiene preguntas? Llame a su Coordinadores de Atención

Siempre llame al (866) 686-0003 antes de ver a un especialista o recibir un servicio que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación; ¡asegúrese que su atención médica tendrá cobertura!



Food Service Plan

Mantenga su Documento del Resumen del Plan (SPD) a la mano y para futura referencia cuando tenga preguntas acerca del plan.

¡Bienvenido a UNITE HERE HEALTH!

Los materiales de este paquete incluyen información sobre *todos* los beneficios ofrecidos a través de nuestros planes de Food Service. Puede que usted no tenga todos estos beneficios. *(Sus beneficios son determinados por el acuerdo de negociación colectiva y sus opciones de inscripción.)* Si usted tiene preguntas acerca de su cobertura o sus beneficios específicos, contacte sus Coordinadores de Atención:

(866) 686-0003

INSTRUCTIONS FOR MY DOCTOR

Let's make **SMART CHOICES**
about my healthcare!



Effective 1/2017

Refer me to a non-hospital when possible so I pay less out-of-pocket.

Office Visits	What I Pay
Preventive Care	\$0
Primary Care Provider (PCP) Visit	\$10
Specialist Office Visit— <i>PCP referral</i>	\$10
Specialist Office Visit— <i>No referral</i>	\$25



Call my Care Coordinators to refer me to a specialist so I pay a lower copay.

Lab & Imaging Not part of an office visit	What I Pay	
	Office or Non-Hospital Lab	Hospital Outpatient
Labs	\$0	\$30
X-Rays, Ultrasound	\$0	\$30
Imaging	\$0	\$50

Benefits listed are network only; visit limits may apply.



YOUR FIRST POINT OF CONTACT

Care Coordinators can help with specialist referrals, medical and Rx prior authorizations, and general questions.

(866) 686-0003 • www.uhh.org

UNITE HERE
HEALTH

Food Service Plan – Platinum Plus (176A)

Outpatient Services	What I Pay	
Physical, Occupational and Speech Therapy	Office or Non-Hospital \$10	Hospital \$30
Outpatient Surgery	Surgical Center \$25	Hospital \$75
Mental Health/ Substance Abuse	\$10 <i>office visit</i>	

Emergency & Urgent Care	What I Pay
Urgent Care Center	\$25
Emergency Room Services	\$100
Emergency Room— <i>Routine Care</i>	50%
Ambulance	\$50
Inpatient Hospitalization	\$100/day <i>\$200 visit max</i>

Prescription Drugs	What I Pay
What's covered? www.hospitalityrx.org	
Generic Drugs <i>on the Formulary</i>	\$3
Brand Name Drugs <i>on the Formulary</i>	\$20
Specialty and Biosimilar Drugs	25% <i>\$35 max</i>
Drugs NOT on the Formulary	Not covered*

*Certain exceptions apply.

Outpatient Services	What I Pay		
	Home	Office or Non-Hospital	Hospital
Infusion Medication	\$0	\$10	\$25



Call my Care Coordinators to see if home infusion is right for me.



Sus Beneficios y Copagos

QUÉ TIENE COBERTURA <i>(Solo Adentro de la Red)</i>	LO QUE USTED PAGA
Atención Preventiva	\$0
Consultas con el Médico de Atención Primaria (PCP)*	\$10
Consulta con el Especialista* <i>(Para obtener una referencia, su PCP debe llamar a un Coordinador de Asistencia: 866-686-0003)</i>	\$10 con remisión por el médico de atención primaria \$25 si no ha sido remitido
Centro de Urgencias	\$25
Sala de Emergencias del Hospital (ER)* <i>(se elimina si es admitido)</i>	\$100
Atención Rutinaria en Sala de Emergencia (ER)	50% de los cargos
Ambulancia <i>(se elimina si es admitido)</i>	\$50
Cirugía Ambulatoria*	\$25 centro de cirugía ambulatoria
	\$75 hospital
Hospitalización del Paciente*	\$100/día, máximo \$200 por visita
Visita a la Clínica por Salud Mental/ Abuso de Sustancias	\$10
Laboratorios, Rayos X, Ultrasonidos <i>(todos los laboratorios, radiografías y ultrasonidos cubiertos están incluidos, incluso si el consultorio de su médico está en un hospital)</i>	\$0 en clínica o que no sea en hospital
	\$30 paciente ambulatorio
Exámenes por Imágenes (CT, MRI, PET)	\$0 en clínica o que no sea en hospital
	\$50 paciente ambulatorio
Terapia Ocupacional, Física y del Habla	\$10 en clínica o que no sea en hospital
	\$30 paciente ambulatorio
Instalaciones de Enfermería Especializada	\$50/día, \$200 máximo por estadía
Atención a la Salud en el Hogar	\$0
Quimioterapia o Medicamento por Infusión	\$0 en el hogar
	\$10 clínica o centro de infusión
	\$25 paciente ambulatorio
Equipo Médico Duradero	\$0
Medicamentos con receta Conozca lo que está cubierto en www.hospitalityrx.org <i>(también hay disponibilidad de pedidos por correo)</i>	\$3 medicamentos genéricos <i>en el formulario</i>
	\$20 marcas preferidas <i>en el formulario</i>
	25% (\$35 máximo) especializados y biosimilares <i>en el formulario</i>
Deducible	\$0

*Incluye toda la atención médica proporcionada durante la visita

¡Proteja su salud y su fondo...tome

DECISIONES INTELIGENTES!



Su plan ofrece:

- **Copagos más bajos** en lugares que ofrecen mejor valor
- **Copagos más altos** en lugares que cobran demasiado
- **Sin deducible**

RECUERDE:

Cuando no se trate de emergencias vaya con un proveedor de atención primaria o a un centro de urgencias.

Cuando sea posible, acuda a una clínica, laboratorio independiente o centro no hospitalario en lugar de ir al hospital.

Pregunte a su médico si la cirugía puede ser ambulatoria en una clínica o centro de cirugías en lugar de un hospital.

¡Estas elecciones inteligentes reducirán los costos para usted y para el fondo de salud!

¿Tiene preguntas? ¡Llame a sus Coordinadores de Atención!
(866) 686-0003

De Lunes a Viernes
8:30 a.m. – 10 p.m. Horario del Este

www.uhh.org

Food Service Plan – Platinum Plus (176A)
Vigente a partir de 1/2017

Sus Beneficios Farmacéuticos y de Medicamentos



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

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

El formulario y la tabla de copago están publicados en nuestro sitio web: www.uhh.org/fspabc.

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.

Farmacias que su plan de salud NO cubre

- ✗ Walgreens
- ✗ Duane Reade
- ✗ USA Drugs
- ✗ Wal-Mart
- ✗ Algunas farmacias locales independientes

<i>Sus copagos</i>	Lo que usted pagará a partir 1 del enero de 2017, cuando se utilice una farmacia de la red		
	PLATINUM PLUS (Plan A)	PLATINUM (Plan B)	GOLD PLUS (Plan C)
Medicamentos genéricos en el formulario	Copago de \$3	Copago de \$3	Copago de \$10
Medicamentos de marca preferidos en el formulario	Copago de \$20	Copago de \$20	Copago de \$30
Orden por correo	60 días de suministro (los mismos copagos mencionados arriba)		
Medicamentos especializados y biosimilares en el formulario	25% de coseguro (\$35 copago máximo)	25% de coseguro (\$50 copago máximo)	25% de coseguro (\$50 copago máximo)

Farmacias de la red

Para encontrar una farmacia de la red, visite nuestro sitio web: www.uhh.org/fspabc

- ✓ CVS
- ✓ Albertsons
- ✓ CVS/Longs
- ✓ Costco
- ✓ Kmart
- ✓ Target
- ✓ Ralph's
- ✓ Randalls
- ✓ Safeway
- ✓ Shoprite
- ✓ Supervalu
- ✓ Tom Thumb
- ✓ United Drug
- ✓ Vons/Pavilion
- ✓ Winn Dixie
- ✓ RiteAid/Brooks/Eckerd
- ✓ Pathmark/ Waldbaums
- ✓ Martins/Giant/Stop & Shop
- ✓ Kroger/Fred Meyer/Fry's/ King Soopers

¡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 y no preferidos antes que la prescripción sea recogida. Si usted necesita tomar un medicamento que requiere de autorización previa, su médico debe llamar al **(877) 266-9991**.

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 de 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: (877) 266-9991.
- ✓ Los medicamentos pueden ser agregados a la Lista de la Terapia Escalonada cada 1ero. de enero, y en la lista de autorización previa durante todo el año. **Si su prescripción se viera afectada por estas actualizaciones, se le notificará antes del cambio.**

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, **WelldyneRx**, 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:

- **One Touch:** (800) 227-8862 o
- **True Metrix:** (866) 788-9618

¿TIENE PREGUNTAS?

Llame a su Coordinador de Salud al
(866) 686-0003

Lunes – Viernes
8:30 a.m. – 10 p.m. EST

MEDICAMENTOS DE ESPECIALIDAD

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

- Trabajamos con la farmacia de pedidos por correo de medicamentos especializados, "Walgreens Specialty Mail Order 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: **(877) 266-9991**.
- Debido a nuestro innovador programa de copago, usted puede pagar menos algunos meses por sus medicamentos Especializados, que el copago máximo listado.

Nota: Walgreens Specialty Mail Order Pharmacy es diferente a la farmacia minorista Walgreens. Las farmacias minoristas Walgreens (convencionales) aún se encuentran fuera de la red, tal como se indica en la página 1.



Formulario para beneficiario de seguro de vida

Devuelva este formulario completo a: UNITE HERE HEALTH, 711 N. Commons Dr., Aurora, IL 60506

1: Información sobre el empleado

Apellido ▾	Nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento (mes-día-año)	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Dirección ▾	Apt #	Teléfono ()	Celular ()	
Cuidad ▾	Condado	Estado	Código postal	Numero de seguro social ▾ - -
Dirección de correo electrónico				

2: Beneficiarios primarios del seguro de vida

Si usted nombra más de un beneficiario principal, pero deja en blanco la sección "Distribución de los beneficios" (Share of Benefit), estos compartirán los beneficios de forma equitativa. Si uno de ellos fallece antes que usted, su parte se dividirá de forma equitativa entre los demás beneficiarios principales (a menos que usted indique lo contrario). Las mismas reglas se aplican a sus beneficiarios secundarios. *Si necesita agregar más beneficiarios, use otra hoja de papel.*

La suma de todas las partes deberá ser igual al 100%

Nombre	Parentesco	# de Seguro Social (si está disponible) - -	Fecha de Nacimiento	Porcentaje del Beneficio %
Dirección			Teléfono	
Nombre	Parentesco	# de Seguro Social (si está disponible) - -	Fecha de Nacimiento	Porcentaje del Beneficio %
Dirección			Teléfono	
Nombre	Parentesco	# de Seguro Social (si está disponible) - -	Fecha de Nacimiento	Porcentaje del Beneficio %
Dirección			Teléfono	
Nombre	Parentesco	# de Seguro Social (si está disponible) - -	Fecha de Nacimiento	Porcentaje del Beneficio %
Dirección			Teléfono	

3: Beneficiarios secundarios del seguro de vida

Por favor anote a quién usted desea que reciba su beneficio del seguro de vida en el caso de que su(s) beneficiario(s) primario(s) listado(s) más arriba no lo sobreviva(n) a usted.

Nombre	Parentesco	# de Seguro Social (si está disponible) - -	Fecha de Nacimiento	Porcentaje del Beneficio %
Dirección			Teléfono	
Nombre	Parentesco	# de Seguro Social (si está disponible) - -	Fecha de Nacimiento	Porcentaje del Beneficio %
Dirección			Teléfono	
Nombre	Parentesco	# de Seguro Social (si está disponible) - -	Fecha de Nacimiento	Porcentaje del Beneficio %
Dirección			Teléfono	

4: Firma

La cobertura está sujeta a los requerimientos de elegibilidad del Plan, y todos los beneficios del Plan están sujetos a las reglas adoptadas por el Consejo Administrativo de UNITE HERE HEALTH. Este formulario reemplaza todas las designaciones de beneficiarios previas, y debe ser firmado y fechado para ser válido, y no será efectivo hasta ser recibido por la oficina del UNITE HERE HEALTH.

Nombre en imprenta _____

Firma _____ Fecha _____

¿Tiene alguna pregunta sobre beneficios o atención de la salud?

Sus Coordinadores de Salud están preparados para ayudarlo

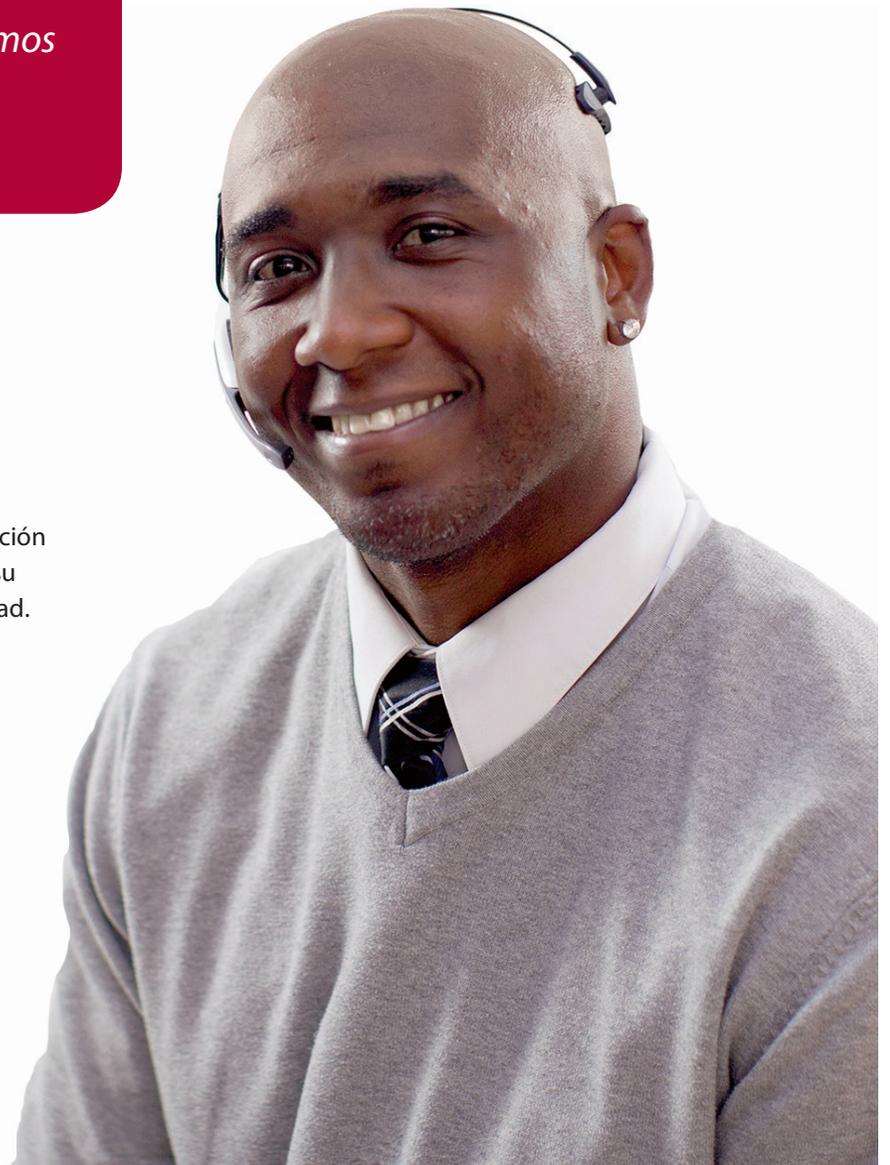
Algunas veces nosotros nos comunicamos con usted. ¡Por favor, devuélvanos el llamado para que podamos ayudarlo!

¡Llámenos antes de consultar a un especialista o de obtener cualquiera de los servicios que figuran en el reverso de su tarjeta de identificación!

- Ahorre dinero en copagos de sus visitas a un especialista al ser referido por su proveedor de atención primaria (PCP). Cuando su PCP nos llama ANTES de su visita a un especialista, su copago se reduce a la mitad.
- Solicite a su médico que nos llame ANTES de recibir un servicio listado en el reverso de su tarjeta de identificación. De lo contrario, en algunos casos, su reclamo de atención médica podría no ser pagado en absoluto.

**UNITE HERE
HEALTH**
www.uniteherehealth.org

CARE COORDINATORS
BY QUANTUM HEALTH



LLAME SIN CARGO: (866) 686-0003

De lunes a viernes de 8:30AM a 10:00PM – Horario del Este