

# Benefits at a Glance

Pittsburgh Plan 106  
Class I

Effective 1/1/23



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

### Who's eligible?

Class I benefits apply to employees who qualify — based on work requirements — under the terms of their collective bargaining agreement (CBA) or participation agreement. You are eligible for coverage if you work for an employer that contributes to UNITE HERE HEALTH on your behalf and you satisfy the Plan's eligibility rules.

Whether or not you have to pay for dependent coverage depends on the terms of your CBA.

For benefit purposes, your dependents are:

- Your husband or wife, but only if there is a valid marriage certificate; and
- Your children up to age 26.

1

### 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.*



Questions? Contact the Fund!  
**(866) 686-0003 • uhh.org**

*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 (866) 686-0003.*

# Medical Benefits/Services

## Medical — Blue Cross Blue Shield

What You Pay For	Network	Non-Network
Individual Calendar Year Deductible	\$100	\$500
Family Calendar Year Deductible	\$200	Not applicable
Out-of-Pocket Spending Limit — <i>Once your out-of-pocket costs (including calendar year deductibles) for network covered expenses reaches this limit, the Plan pays 100% for most network covered expenses for the rest of the year</i>	\$1,000	Not applicable
<b>Office Visits</b>		
Preventive Care — <i>Certain limits may apply</i>	No charge	Not covered
Well-Child Care ( <i>Children under age 6 only</i> )	\$15 copay	Not covered
Primary Care Provider (PCP)	\$10 copay	50% after deductible
Specialist — <i>When your PCP calls HealthCheck360 first: (844) 462-7812</i>	\$10 copay	50% after deductible
Specialist — <i>When your PCP DOESN'T call HealthCheck360 first</i>	\$20 copay	50% after deductible
Mental Health and Substance Abuse Office Visit	\$10 copay	50% after deductible
<b>Emergency and Urgent Care Services</b>		
Urgent Care Center	\$20 copay	50% after deductible
Emergency Room (ER)	\$50 copay and 10%	
Ambulance	10% after deductible	
<b>Inpatient Services</b>		
Inpatient Hospitalization — <i>Includes mental health and substance abuse</i>	10% after deductible	50% after deductible
Skilled Nursing Facility ( <i>60-day maximum per calendar year, network/non-network combined; 30-day non-network maximum</i> )	10% after deductible	50% after deductible
<b>Outpatient Services</b>		
X-ray or Laboratory Services	No charge	50% after deductible
Diagnostic Imaging	10% after deductible	50% after deductible
Occupational, Physical and Speech Therapy ( <i>30-visit maximum per calendar year, network/non-network combined</i> )	10% after deductible	50% after deductible
Chiropractic Treatment ( <i>\$25 maximum per visit, \$600 calendar year maximum</i> )	No charge	Not covered
Chiropractic X-ray ( <i>\$400 calendar year maximum</i> )	10% after deductible	Not covered
Routine Podiatric Treatment ( <i>\$25 maximum per visit, \$500 calendar year maximum</i> )	No charge	Not covered
Diabetes Education	No charge	Not covered
Nutrition Counseling ( <i>\$200 maximum per calendar year</i> )	No charge	Not covered
<b>Other Care and Expenses</b>		
Home Healthcare Services ( <i>60-day maximum per calendar year, network/non-network combined; 30-day non-network maximum</i> )	10% after deductible	50% after deductible
Hospice Care	10% after deductible	50% after deductible
Most Other Covered Expenses	10% after deductible	50% after deductible

<b>Formulary Prescription Drug Benefits</b>		<b>NON-MEDICAL BENEFITS/SERVICES</b>	
<b>At network retail pharmacies and mail order</b>		<b>Retail Pharmacy</b> up to a 34-day supply	<b>Mail Order Pharmacy</b> up to a 60-day supply
Smoking Cessation Drugs and Supplies ( <i>including prescription generic over-the-counter products, generic products, and certain brand products</i> )		\$0 copay	
Covered Immunizations		\$0 copay	
Generic and some brand drugs		\$3 copay	
Preferred drugs		\$12 copay	
Non-preferred drugs		\$27 copay	
Non-Formulary Prescription Drugs and Supplies		Not covered, unless an exception is approved	
<b>Dental Care</b>			
Scheduled Benefits ( <i>No orthodontia benefits</i> )		Out-of-pocket cost equals the difference between Plan benefit and billed charge	
Calendar Year Benefit Maximum ( <i>Does not apply to certain routine services for those under age 19</i> )		\$1,000	
<b>Vision Care</b>		<b>Network providers</b>	<b>Non-network providers</b>
<b>Employees only</b>	Covered once every calendar year		
Eye Exams	\$0		1) Pay provider at time of service 2) Submit a claim to Davis 3) Get reimbursed: \$75 maximum for an exam and \$175 maximum for all materials, evaluations, and fittings combined
Frames	\$0 for Fashion, Designer & Premier levels in Davis Vision Collection		
	\$150 allowance for other frames plus 20% off balance; no copay		
Lenses <i>For extras such as tinting, scratch resistance, polycarbonate, progressive and blue light, check with Davis or your doctor to see how much you'll pay.</i>	\$0 (single, bi-focal, and trifocal lenses)		
Contacts ( <i>instead of glasses</i> )	\$0 for Davis Vision Collection		
	\$150 allowance for other contacts plus 15% off balance; \$60 allowance for evaluation & fitting; no copay		
Retinal Imaging ( <i>disease screening</i> )	\$20 per exam		Not covered
<b>Life and AD&amp;D</b>			
<b>Employees and retirees only</b>		<b>Employees</b>	<b>Qualifying retirees</b> who retire before December 1, 2019
Life Insurance		\$20,000	\$1,000
Accidental Death & Dismemberment		\$20,000	Not applicable
<b>Short-Term Disability</b>		<b>Employees only</b>	
Benefits begin first day due to non-work related injury; eighth day due to non-work related sickness		\$150 weekly benefit for up to 13 weeks per period of disability	

UNITE HERE HEALTH believes that **your plan is a "grandfathered health plan"** under the Patient Protection and Affordable Care Act (Affordable Care Act). As allowed by the act, these plans can preserve certain basic health coverage that was already in place when that law went into effect on March 23, 2010. As a grandfathered plan, your plan must comply with various benefit changes required by the Affordable Care Act (*like the elimination of lifetime limits on benefits*). However, please note that these plans don't have to implement all benefit changes provided for in the act.

Contact us with your questions or complaints: UNITE HERE HEALTH, PO Box 6020, Aurora, IL 60598-0020; **(866) 686-0003**

We can answer questions like: Which provisions of the Affordable Care Act apply to a grandfathered health plan? Which provisions do not apply? What actions by the plan might cause it to lose grandfathered status?

You may also contact the Employee Benefit Security Administration, U.S. Department of Labor:

- **(866) 444-3272**
- **[www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform)** (*this website features a table that outlines which protections do or do not apply to grandfathered plans*)



# Beneficios a Simple Vista

Pittsburgh Plan 106  
Class I

A partir de 1/1/23



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

### ¿Quién es Elegible?

Los beneficios de Clase I se aplican a empleados que Califican según los requisitos del trabajo, bajo los términos de su acuerdo de negociación colectiva (CBA) o acuerdo de participación. Usted es elegible para cobertura si trabaja para un empleador que contribuye con UNITE HERE HEALTH a su nombre y usted satisface las normas de elegibilidad del Plan.

Que debe o no debe pagar para tener cobertura para sus dependientes depende de los términos de su CBA.

Para fines de los beneficios, sus dependientes son:

- Su cónyuge, pero solo si tiene certificado de matrimonio válido y
- Sus hijos hasta los 26 años de edad.

1

### ¡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.*

UNITE HERE  
**HEALTH**

¿Preguntas? ¡Contacte a el Fondo!  
**(866) 686-0003 • uhh.org**

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 **(866) 686-0003**.

# Beneficios/Servicios Médicos

## Cobertura Médica — Blue Cross Blue Shield

Lo que Usted Paga	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Deducible Individual por Año Calendario	\$100	\$500
Deducible Familiar por Año Calendario	\$200	No aplica
Límite de Gastos Fuera de su Bolsillo — <i>Una vez que sus gastos de bolsillo (incluyendo los deducibles por año calendario) por gastos cubiertos dentro de la red alcanzan este límite, el Plan paga el 100% de la mayoría de los gastos cubiertos dentro de la red durante el resto del año.</i>	\$1,000	No aplica
<b>Visitas al Consultorio</b>		
Atención Preventiva — <i>Pueden aplicar ciertos límites</i>	No hay cargo	No tiene cobertura
Bienestar y Atención Infantil ( <i>Solo para niños menores de 6 años</i> )	\$15 copago	No tiene cobertura
Proveedor de Atención Primaria (PCP)	\$10 copago	50% después del deducible
Especialista — <i>Cuando su PCP llama primero a HealthCheck360: (844) 462-7812</i>	\$10 copago	50% después del deducible
Especialista — <i>Cuando su PCP NO LLAMA primero a HealthCheck360</i>	\$20 copago	50% después del deducible
Visita al Consultorio por Salud Mental y Abuso de Sustancias	\$10 copago	50% después del deducible
<b>Servicios de Emergencia y Atención de Urgencias</b>		
Centro de Atención de Urgencias	\$20 copago	50% después del deducible
Sala de Emergencia (ER)	\$50 copago and 10%	
Ambulancia	10% después del deducible	
<b>Servicios de Hospitalización</b>		
Servicios de Hospitalización — <i>Incluye salud mental y abuso de sustancias</i>	10% después del deducible	50% después del deducible
Centro de Enfermería Especializada ( <i>Máximo de 60 días por año calendario, dentro de la red/fuera de la red combinado; máximo de 30 días fuera de la red</i> )	10% después del deducible	50% después del deducible
<b>Servicios Ambulatorios</b>		
Servicios de laboratorio o rayos X	No hay cargo	50% después del deducible
Diagnóstico por Imágenes	10% después del deducible	50% después del deducible
Terapia Ocupacional, Física y del Habla ( <i>máximo de 30 visitas por año calendario, dentro de la red/fuera de la red combinado</i> )	10% después del deducible	50% después del deducible
Tratamiento Quiropráctico ( <i>máximo de \$25 por visita, máximo de \$600 por año calendario</i> )	No hay cargo	No tiene cobertura
Rayos X quiropráctico ( <i>máximo de \$400 por año calendario</i> )	10% después del deducible	No tiene cobertura
Tratamiento Podológico de Rutina ( <i>máximo de \$25 por visita, máximo de \$500 por año calendario</i> )	No hay cargo	No tiene cobertura
Educación Sobre la Diabetes	No hay cargo	No tiene cobertura
Asesoría Nutricional ( <i>máximo de \$200 por año calendario</i> )	No hay cargo	No tiene cobertura
<b>Otros Cuidados y Gastos</b>		
Servicios de Atención de la Salud en el Hogar ( <i>máximo de 60 días por año calendario, dentro de la red/fuera de la red combinado, máximo de 30 días fuera de la red</i> )	10% después del deducible	50% después del deducible
Atención de Hospicio	10% después del deducible	50% después del deducible
La Mayoría de otros Gastos con Cobertura	10% después del deducible	50% después del deducible

<b>Beneficios de medicamentos recetados del formulario</b>		<b>BENEFICIOS/SERVICIOS NO MÉDICOS</b>	
<b>En farmacias minoristas dentro de la red y en pedidos por correo postal</b>		Farmacia minorista hasta un suministro de 34 días	Farmacia de pedidos por correo postal hasta un suministro de 60 días
Productos y suministros para dejar de fumar (incluidos productos genéricos de venta libre, productos genéricos y ciertos productos de marca)		\$0 copago	
Vacunas cubiertas		\$0 copago	
Medicamentos genéricos y algunos de marca		\$3 copago	
Medicamentos de preferencia		\$12 copago	
Medicamentos que no sean de preferencia		\$27 copago	
<b>Medicamentos y suministros recetados que no se encuentran en el formulario</b>		No cubiertos, a menos que se apruebe una excepción.	
<b>Atención dental</b>			
Beneficios Programados ( <i>Sin beneficios de ortodoncia</i> )		El costo de gastos fuera de su bolsillo equivale a la diferencia entre el beneficio del Plan y el cargo facturado	
Beneficio Máximo por Año Calendario ( <i>No se aplica a ciertos servicios rutinarios para menores de 19 años</i> )		\$1,000	
<b>Atención para la visión</b>	<b>Proveedores de la red</b>	<b>Proveedores fuera de la red</b>	
<b>Solo empleados</b>	Cubierto una vez por año calendario		
Exámenes de la vista	\$0	1) Pagar al proveedor al momento del servicio 2) Presentar un reclamo a Davis 3) Reciba un reembolso: hasta \$75 por un examen y hasta \$175 por materiales, evaluaciones y ajustes combinados	
Aros	\$0 para los niveles de Moda, Diseñador y Premier en la colección de Davis Vision		
	Asignación de \$150 para otros marcos más 20% de descuento en el saldo; sin copago		
Lentes ( <i>para extras como tintado, resistencia a los rayones, policarbonato, luz progresiva y azul, consulte con Davis o con su médico para ver cuánto pagará</i> )	\$0 (lentes simples, bifocales y trifocales)		
Lentes de contacto cosméticos ( <i>en vez de anteojos</i> )	\$0 por la colección de Davis Vision		
	Asignación de \$150 para otros contactos más 15% de descuento en el saldo; Asignación de \$60 para evaluación y ajuste; sin copago		
Imágenes de la retina ( <i>detección de enfermedades</i> )	\$20 por examen	No está cubierto	
<b>Vida y AD&amp;D</b>			
<b>Solo empleados y jubilados</b>	<b>Empleados</b>	<b>Jubilados calificados que se jubilan antes del 1 de diciembre de 2019</b>	
Seguro de Vida	\$20,000	\$1,000	
Muerte Accidental y Desmembramiento	\$20,000	No aplica	
<b>Discapacidad a Corto Plazo</b>	<b>Solo empleados</b>		
Los beneficios comienzan el primer día por lesión no laboral, y el octavo día debido a enfermedad no laboral		\$150 beneficio semanal hasta por 13 semanas por período de discapacidad	

UNITE HERE HEALTH considera que **su plan es un “plan de salud de derechos adquiridos”** en virtud de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio). Según lo permitido por ley, estos planes pueden conservar cierta cobertura de salud básica que ya estaba vigente cuando se promulgó la ley, el 23 de marzo de 2010. Como un plan de derechos adquiridos, su plan debe cumplir con varios cambios en los beneficios según lo requerido por la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (como la eliminación de límites de por vida en los beneficios). No obstante, por favor tome en cuenta que estos planes no tienen que implementar todos los cambios estipulados en la ley.

Si tiene preguntas o reclamos, comuníquese con nosotros: UNITE HERE HEALTH, PO Box 6020, Aurora, IL 60598-0020; **(866) 686-0003**

Podemos responder preguntas como: ¿Qué disposiciones de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio aplican para un plan de salud de derechos adquiridos? ¿Qué disposiciones no aplican? ¿Qué acciones del plan podrían hacer que pierda el estatus de derechos adquiridos?

También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, Departamento de Trabajo de EE.UU.:

• **(866) 444-3272**

• **[www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform)** (Este sitio web presenta una tabla que describe qué protecciones aplican o no a los planes con derechos adquiridos)