

Benefits at a Glance

Pittsburgh Plan 106
Class III



Effective 9/1/21

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.

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

Who's Eligible?

1

Class III 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.

Call to learn more: (866) 686-0003

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.

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 10% coinsurance share 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
Office Visits		
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
Emergency and Urgent Care Services		
Urgent Care Center	\$20 copay	50% after deductible
Emergency Room (ER) — <i>True emergency</i>	\$50 copay and 10% after deductible	
Emergency Room (ER) — <i>Non-emergency/routine care</i>	\$50 copay and 50% after deductible	50% after deductible
Ambulance	10% after deductible	
Inpatient Services		
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
Outpatient Services		
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
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
Other Care and Expenses		
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

Non-Medical Benefits/Services

Formulary Prescription Drug Benefits

Must use Hospitality Rx network pharmacies or WellDyneRx mail order pharmacy	Network	Non-Network
Generic drugs	\$3 copay	Not covered
Preferred brand name drugs	\$12 copay	Not covered
Non-preferred brand name drugs	\$27 copay	Not covered

Life and AD&D

Employees and retirees only	Employees	Qualifying retirees who retire before December 1, 2019
Life Insurance	\$20,000	\$1,000
Accidental Death & Dismemberment	\$20,000	Not applicable

Important information about healthcare reform

Your Plan is a grandfathered health plan

UNITE HERE HEALTH believes that your plan is a “grandfathered health plan” under the Patient Protection and Affordable Care Act (the Affordable Care Act). As permitted by the Affordable Care Act, a grandfathered health plan can preserve certain basic health coverage that was already in effect when that law was enacted on March 23, 2010.

As a grandfathered plan, your plan must comply with various benefit changes required by the Affordable Care Act, including for example, the elimination of lifetime limits on benefits. However, please note that grandfathered plans are not required to implement all benefit changes provided for in the Affordable Care Act.

If you have questions about which provisions of the Affordable Care Act apply to a grandfathered health plan, which provisions do not and what actions by the plan might cause it to lose grandfathered status, contact your customer service office or the plan administrator at **(866) 686-0003** or mail your questions or complaints to:

Chief Executive Officer
UNITE HERE HEALTH
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919.

You may also contact the Employee Benefit Security Administration, U.S. Department of Labor at **(866) 444-3272** or www.dol.gov/ebsa/healthreform. This website has a table summarizing which protections do or do not apply to grandfathered plans.

Beneficios a Simple Vista

Pittsburgh Plan 106
Class III



A partir de 9/1/21

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.

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

¿Quién es Elegible?

1

Los beneficios de Clase III se aplican a los 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.

Llame para conocer más: (866) 686-0003

¡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.

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 llegue a este límite su parte del 10% de coseguro por gastos con cobertura dentro de la red, el Plan paga el 100% por la mayoría de gastos con cobertura dentro de la red para el resto del año.</i>	\$1,000	No aplica
Visitas al Consultorio		
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
Servicios de Emergencia y Atención de Urgencias		
Centro de Atención de Urgencias	\$20 copago	50% después del deducible
Sala de Emergencia (ER) — <i>Verdadera emergencia</i>	\$50 copago and 10% después del deducible	
Sala de Emergencia (ER) — <i>Atención que no es emergencia/de rutina</i>	\$50 copago and 50% después del deducible	50% después del deducible
Ambulancia	10% después del deducible	
Servicios de Hospitalización		
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
Servicios Ambulatorios		
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 de Podiatría (<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
Otros Cuidados y Gastos		
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

Beneficios/Servicios No Médicos

Beneficios de medicamentos recetados del formulario

Debe usar las farmacias Hospitality Rx dentro de la red o la farmacia WellDyneRx de pedidos por correo	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Medicamentos Genéricos	\$3 copago	No tiene cobertura
Medicamentos de Marca Preferida	\$12 copago	No tiene cobertura
Medicamentos de Marca no Preferida	\$27 copago	No tiene cobertura

Vida y AD&D

Solo empleados y jubilados	Empleados	Jubilados calificados que se jubilan antes del 1 de diciembre de 2019
Seguro de Vida	\$20,000	\$1,000
Muerte Accidental y Desmembramiento	\$20,000	No aplica

Información importante sobre la reforma a la atención de la salud

Su Plan es un Plan de salud protegido (grandfathered)

UNITE HERE HEALTH considera a su plan como un "Plan de salud protegido (grandfathered)" en virtud de la Ley de Salud Asequible (Affordable Care Act) y Protección al Paciente. Según lo contemplado en la Ley de Salud Asequible, un plan de salud protegido puede conservar cierta cobertura básica de salud que ya estaba vigente al momento de promulgarse dicha ley el 23 de marzo de 2010.

Como plan protegido, su plan debe cumplir con varios cambios en los beneficios requeridos por la Ley de Salud Asequible, incluyendo por ejemplo, la eliminación de límites de por vida en los beneficios. Sin embargo, tome en cuenta, que los planes protegidos no tienen obligación de implementar todos los cambios en beneficios estipulados en la Ley de Salud Asequible.

Si tiene preguntas sobre qué cláusulas de la Ley de Salud Asequible se aplican a un plan protegido, qué cláusulas no se aplican, y que acciones tomadas por el plan podrían hacer que se pierda la condición de Plan protegido, comuníquese con Servicio al Cliente o con el administrador del plan al **(866) 686-0003** o por correo enviando sus quejas o preguntas a:

Chief Executive Officer
UNITE HERE HEALTH
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919.

También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios a Empleados, Departamento del Trabajo (U.S. Department of Labor) al **(866) 444-3272** o www.dol.gov/ebsa/healthreform. Este sitio web contiene un cuadro en donde se resume qué protecciones se aplican y no se aplican a planes protegidos.