

Your Benefits at a Glance

When you enroll, **you must choose a Primary Care Provider (PCP)** from the Tufts EPO Select Network. In order to see a specialist or get certain care, you must get a referral from your PCP. If you do not choose a PCP, only emergency services will be available to you with a \$100 copay.

Call the Fund for enrollment and questions about eligibility, coverage, short-term disability, and life insurance.



MEDICAL		Tufts Health Plan (800) 462-0224 www.tuftshealthplan.com/local26	
<i>Contact to find a PCP, ask a benefit or claims question, report an issue with an ID card, or get prior authorization for a service or procedure.</i>			
OFFICE VISITS	YOU PAY* (in network)		
Preventive Care/PCP	\$0		
Mental health/Substance Abuse Disorders			
Specialist (PCP referral required)			
Chiropractic Care (20 visits per year)			
Podiatry/Orthotics (Restrictions apply; please see your SPD)			
Allergy (Testing, treatment, and injections)			
EMERGENCY AND URGENT CARE	YOU PAY*		
Urgent Care	\$0		
Emergency Room (Call Tufts or your PCP within 48 hours after care is received)	\$100 (waived if admitted)		
Ambulance Services	\$0		
INPATIENT SERVICES	YOU PAY*		
Hospital Inpatient Care, including mental health and substance abuse	\$0		
Skilled Nursing Facility			
OUTPATIENT SERVICES	YOU PAY*		
Surgery	\$0		
Physical, Occupational, and Speech Therapy			
Chemotherapy/Radiation Therapy			
Diagnostic Imaging, Screenings, and Laboratory Tests			
Partial Hospitalization, Intensive Outpatient, Ambulatory Detox Treatment			
OTHER CARE AND SERVICES	YOU PAY*		
Diabetes Education	\$0		
Nutrition Counseling (12 visits per year; exceptions may apply)			
Home Health Care			
Hospice Care			
Durable Medical Equipment (DME)			
All Other Covered Expenses			

FORMULARY PRESCRIPTION DRUG BENEFITS

Hospitality Rx
(844) 813-3860
www.hospitalityrx.org

Instead of an expensive drug management company, your Union health fund manages your prescription drug benefits directly. Hospitality Rx was created just for UNITE HERE! union members!

Hospitality Rx uses a focus formulary that cuts out overpriced drugs with better-value alternatives. You get the medicine you need at the best price. Find out what's covered: www.hospitalityrx.org

NETWORK RETAIL PHARMACIES AND MAIL ORDER (Up to a 90-day supply; some drugs have quantity limits)	YOUR COST FOR EACH FILL OR REFILL
Preventive Healthcare Services Drugs	\$0
Generic and Some Brand Drugs	\$1
Preferred Drugs	\$8
Non-Preferred Drugs	\$12
Select Specialty and Select Biosimilar Drugs* (Must use WellDyne Specialty Pharmacy)	Generic: \$1 Brand: 25%
Non-Formulary Prescription Drugs and Supplies	Not covered (Unless an exception is approved)

**Specialty drugs are only available through the specialty mail order pharmacy. However, if you take specialty medications as part of your HIV treatment plan, you may be able to receive an exception to use your network retail pharmacy instead.*

Mail order: Your plan will send medicine straight to your mailbox and it costs less! To enroll, call WellDyneRx at (844) 813-3860.

FREE glucometer (covered every 12 months*):

- OneTouch (by LifeScan): www.OneTouch.orderpoints.com or (800) 668-7148 (order code: 573EXP333)
- FreeStyle (by Abbott): www.ChooseFreeStyle.com or (866) 224-8892 (order code: RAFITLWP)

Program details like glucometer model or order code may change from time to time. Visit www.hospitalityrx.org for the most current information.

**Manufacturers will provide 1 free glucometer every 36 months. If you need one sooner than that, visit www.hospitalityrx.org or call (844) 484-4726.*



(844) 267-4325
www.uhh.org/bostonarea

Your Benefits at a Glance *(continued)*

DENTAL	Delta Dental of Illinois (800) 323-1743 www.deltadentalil.com	
	YOU PAY	
	PPO and Premier providers	Non-network providers
Diagnostic/Preventive	\$0	20%
Minor Restorative, Endodontics, Periodontics, and Oral Surgery	\$0 for fillings; 10% for all other services	40%
Major Restorative	40%	60%
Prosthodontics	40%	60%
Orthodontic Care	50% up to a lifetime maximum of \$3,000	
<i>No deductible; annual dental maximum of \$2,000/person</i>		
VISION	Davis Vision (800) 999-5431 www.davisvision.com	
	YOU PAY	
	Network providers	Non-network providers
Eye Exam	\$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 <i>(single, bi-focal, and trifocal lenses)</i>	
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
<i>Covered once every calendar year</i>		

EMPLOYEE ASSISTANCE PROGRAM (EAP)	Modern Assistance Programs (MAP) (800) 878-2004 www.modernassistance.com	
<i>Contact MAP to get more information about the EAP, find alternative care providers, or to get help 24 hours a day, 7 days a week.</i>		
Counseling Services	YOU PAY* <i>(*in network)</i>	
Short-term counseling <i>(8 sessions per issue per person each calendar year)</i>	\$0	
Alternative Care Services <i>(with MAP network providers)</i>	YOU PAY*	
Acupuncture <i>(20 visits per year)</i>	\$0	
Traditional Chinese Medicine <i>(12 visits per year)</i>		
Naturopathic Office Visits <i>(12 visits per year)</i>		
Massage Therapy <i>(12 visits per year)</i>		
SHORT-TERM DISABILITY	UNITE HERE HEALTH	
<i>Employees only</i> — The Plan pays \$500 per week while you are unable to work due to a disability <i>(up to 26 weeks)</i> .		
<i>Pregnant?</i> When you have a baby, you will automatically be approved for 13 weeks of disability right away. If you go out on disability for pregnancy complications, you will be given another disability period for an additional 13 weeks when you deliver the baby if you are eligible for benefits at the time.		
LIFE/AD&D	Dearborn National	
Life Insurance <i>(Employees only)</i>	\$5,000, \$10,000, or \$35,000 based on years of service	
Accidental Death and Dismemberment Insurance <i>(Employees only)</i>	\$5,000, \$10,000, or \$35,000 based on years of service	

This is an easy-to-read summary and does not include all benefits. 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.

Resumen de Beneficios

Cuando usted se inscribe, **debe elegir un proveedor de atención primaria** (PCP, por sus siglas en inglés) de la Red Selecta de EPO de Tufts. Para ver a un especialista or get certain care, debe obtener una orden de remisión de su PCP. Si usted no elige un PCP, sólo tendrá servicios de emergencias disponibles por un copago de \$100.

Llame al Fondo para inscribirse y si tiene preguntas sobre elegibilidad, cobertura, discapacidad a corto plazo y seguro de vida.



MÉDICO	Tufts Health Plan (800) 462-0224 www.tuftshealthplan.com/local26	
Encuentre un PCP, haga una pregunta sobre beneficios o reclamos, informe acerca de un problema con una tarjeta de identificación, obtenga autorización previa para el servicio o procedimiento		
VISITAS A LA CLÍNICA	USTED PAGA*	
Atención preventiva/visita al PCP	\$0	
Trastornos de salud mental/abuso de sustancias		
Visita al especialista (se requiere remisión del PCP)		
Cuidados quiroprácticos (20 visitas por año)		
Podiatría/ortesis (Se aplican restricciones; consulte su SPD)		
Alergias (Estudios, tratamientos e inyecciones)	\$0	
SERVICIOS DE EMERGENCIA Y ATENCIÓN DE URGENCIAS	USTED PAGA*	
Cuidados urgentes	\$0	
Sala de emergencia (Llame a Tufts o a su PCP dentro de las 48 horas posteriores a recibir atención de emergencia)	\$100 (que no se aplica si deriva en internación)	
Servicios de ambulancia	\$0	
SERVICIOS CON HOSPITALIZACIÓN	USTED PAGA*	
Cuidados de internación hospitalaria	\$0	
Centro de cuidados especializados de enfermería		
SERVICIOS AMBULATORIOS	USTED PAGA*	
Cirugía	\$0	
Terapia física, ocupacional y del habla		
Quimioterapia/radioterapia		
Diagnósticos por imágenes, estudios de detección y análisis de laboratorio de carácter ambulatorio		
Hospitalización parcial, ambulatorio intensivo, tratamiento detox ambulatorio		
OTROS CUIDADOS Y SERVICIOS	USTED PAGA*	
Educación para el autocontrol de la diabetes	\$0	
Asesoramiento en nutrición (12 visitas por año; pueden aplicar ciertas excepciones)		
Cuidados domiciliarios de salud		
Cuidados de hospicio		
Equipos médicos duraderos (DME)		
Todos los demás gastos cubiertos		

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS DEL FORMULARIO

Hospitality Rx
(844) 813-3860
www.hospitalityrx.org

En lugar de una compañía costosa de administración de medicamentos, su Fondo de salud del Sindicato administrará ahora directamente sus beneficios de medicamentos con receta. ¡Hospitality Rx fue creado únicamente para miembros del sindicato UNITE HERE!

Hospitality Rx utiliza un formulario de enfoque que elimina los medicamentos caros con alternativas de mejor valor. Usted recibe el medicamento que necesita al mejor precio. Averigüe lo que está cubierto en www.hospitalityrx.org

EN FARMACIAS MINORISTAS DENTRO DE LA RED Y EN PEDIDOS POR CORREO POSTAL (Suministro máximo para 90 días; para ciertos medicamentos se aplican límites de cantidad)	SU COSTO POR CADA ABASTECIMIENTO O REABASTECIMIENTO
Medicamentos para servicios de atención médica preventiva	\$0
Medicamentos genéricos y algunos de marca	\$1
Medicamentos de preferencia	\$8
Medicamentos que no sean de preferencia	\$12
Medicamentos especializados selectos y biosimilares selectos* (debe ser WellDyne Specialty Pharmacy)	Genérico: \$1 Marca: 25%
Medicamentos y suministros recetados que no se encuentran en el formulario	No tiene cobertura (A menos que se apruebe como una excepción del formulario)

*Los medicamentos especializados únicamente están disponibles a través de la farmacia especializada de pedidos por correo. Sin embargo, si toma medicamentos especializados como parte de su plan de tratamiento del VIH, es posible que pueda recibir una excepción para usar su farmacia minorista de la red.

Pedidos por correo postal: ¡Su plan le enviará medicamentos directamente a su buzón de correo y cuesta menos! Para inscribirse, llame a WellDyneRx al (844) 813-3860.

Glucómetro GRATIS (cubierto cada 12 meses*):

- OneTouch (by LifeScan): www.OneTouch.orderpoints.com o (800) 668-7148 (Código de orden: 573EXP333)
- FreeStyle (by Abbott): www.ChooseFreeStyle.com o (866) 224-8892 (Código de orden: RAFITLWP)

Los detalles del programa, como el modelo de glucómetro o el código de pedido, pueden cambiar de vez en cuando. Visite www.hospitalityrx.org para obtener la información más actualizada.

*Los fabricantes proporcionarán 1 glucómetro gratuito cada 36 meses. Si necesita uno antes, visite www.hospitalityrx.org o llame al (844) 484-4726.

Resumen de Beneficios (continuación)

DENTAL	Delta Dental of Illinois (800) 323-1743 www.deltadentalil.com	
	USTED PAGA	
	Proveedores PPO y Premier fuera de la red	Proveedores fuera de la red
Diagnóstico/cuidados preventivos	\$0	20%
Restauración menor, endodoncia, periodoncia y cirugía oral	\$0 por rellenos; 10% para todos los demás servicios	40%
Servicios restaurativos mayores	40%	60%
Servicios prostodónticos	40%	60%
Servicios de ortodoncia	50% hasta un límite máximo de por vida de \$3,000	
No hay deducible; máximo anual para dental de \$2,000 por persona		
VISIÓN	Davis Vision (800) 999-5431 www.davisvision.com	
	USTED PAGA	
	Dentro de la red	Fuera de la red
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 (Para extras como tintado, resistencia a los rayones, policarbonato, luz progresiva y azul, consulte con Davis o con su médico para ver cuánto pagará)	\$0 (lentes simples, bifocales y trifocales)	
Lentes de contacto cosméticos (en vez de anteojos)	\$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 (detección de enfermedades)	\$20 por examen	
Cubierto una vez por año calendario		

PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO (EAP)	Modern Assistance Programs (MAP) (800) 878-2004 www.modernassistance.com
Comuníquese con MAP para obtener más información sobre el EAP, encontrar proveedores de atención alternativos o para obtener ayuda las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	
Servicios de asesoramiento	USTED PAGA* *(dentro de la red)
Asesoramiento a corto plazo (8 sesiones por tema por persona cada año calendario)	\$0
Servicios de atención alternativa (con proveedores de la red MAP)	USTED PAGA*
Acupuntura (20 visitas por año)	\$0
Medicina tradicional china (12 visitas por año)	
Visitas al consultorio de Naturopatía (12 visitas por año)	
Masaje Terapéutico (12 visitas por año)	
INCAPACIDAD TEMPORARIA	UNITE HERE HEALTH
Únicamente empleados — El Plan paga \$500 por semana mientras usted no puede trabajar debido a una discapacidad (hasta 26 semanas).	
¿Embarazada? Cuando usted tiene un bebé, automáticamente será aprobada a 13 semanas de discapacidad de inmediato. Si usted sale por discapacidad por complicaciones del embarazo, se le dará otro período de discapacidad por 13 semanas adicionales cuando dé a luz al bebé, si usted es elegible para recibir beneficios en ese momento.	
VIDA, MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO	Dearborn National
Seguro de vida (empleados únicamente)	\$5,000, \$10,000, o \$35,000 en base a la cantidad de años de servicio
Seguro de muerte accidental y desmembramiento (empleados únicamente)	\$5,000, \$10,000, o \$35,000 en base a la cantidad de años de servicio

Este es un resumen fácil de leer y no incluye todos los beneficios. Si hay conflicto entre este resumen y los documentos de su plan, entonces los documentos de su plan son los correctos. Para obtener más detalles sobre los beneficios o para informarse sobre cuáles tratamientos/servicios requieren autorización previa, por favor consulte la Descripción resumida del plan (Summary Plan Description o SPD) o llámenos.

您的優勢一覽

註冊時，您必須從 Tufts EPO Select Network 選擇一家初級的護理供應商 (PCP)。

為了看專科醫生或得到某些護理，您必須獲得 PCP 的轉介。如果您不選擇 PCP，您只能獲得 100 美元自付額的緊急服務。

請致電基金會報名並且詢問有關資格、保險範圍、短期殘疾和人壽保險的問題。



醫療		Tufts健康計畫 (800) 462-0224 www.tuftshealthplan.com/local26
聯系可以查找PCP、詢問福利或索賠問題、報告身份證問題或獲得服務或流程的事先授權。		
訪問辦公室	您繳付* (網絡內)	
預防性護理/PCP	\$0	
精神健康/藥物濫用障礙		
專家 (需要PCP轉診)		
脊椎按摩護理 (每年20次)		
足療/矯形 (有限制;請查看您的SPD)		
過敏 (檢測、治療和注射)	您繳付*	
急診與緊急護理		
緊急護理	\$0	
急診室 (收到護理後在48小時內致電Tufts或您的PCP)	\$100 (如果住院則取消)	
救護車服務	\$0	
住院服務	您繳付*	
醫院的住院護理	\$0	
專業護理機構	您繳付*	
門診服務		
外科手術	\$0	
物理治療、職業治療和語言治療		
化療/放射治療		
診斷成像、篩選和實驗室測試		
部份住院、重症門診、門診排毒治療		
其他護理和服務	您繳付*	
糖尿病教育	\$0	
營養諮詢 (每年12次、可能有例外情況)		
家庭健康護理		
臨終關懷		
耐用醫療設備 (DME)		
所有其他承保費用		

處方藥福利		Hospitality Rx (844) 813-3860 www.hospitalityrx.org
您的聯盟健康基金直接管理您的處方藥福利，而不是昂貴的藥物管理公司。創建Hospitality Rx只為UNITE HERE! 工會成員!		
Hospitality Rx使用了一個重點配方，採用更有價值替代品，降低過高的藥物價格。您可以以最佳的價格買到您需要的藥品。請瞭解內容： www.hospitalityrx.org		
網絡零售藥店和郵購 (最多90天供應；某些藥物有數量限制)	(最多90天供應；某些藥物有數量限制)	
預防性醫療保健的藥物	\$0	
仿製藥和某些品牌藥品	\$1	
首選藥物	\$8	
非首選藥物	\$12	
選擇特殊藥物和選擇生物類似藥物* (必須使用WellDyne專業藥房)	通用藥：\$1 品牌藥：25%	
非處方處方藥和用品	未涵蓋 (除非準予例外情況)	
* 特殊藥品只能通過特殊郵購藥房獲得。然而，如果您服用特殊藥物作為您HIV治療計畫的一部分，您可能會收到例外情況，轉而使用您的網絡零售藥店。		
郵購訂單：您的計畫可以直接將藥物發送到您的郵箱，成本更低！可致電 WellDyneRx 844-813-3860		
免費血糖儀 (每 12 個月提供一次*)：		
<ul style="list-style-type: none"> • OneTouch (by LifeScan): www.OneTouch.orderpoints.com 或 (800) 668-7148 (訂單編碼：573EXP333) • FreeStyle (by Abbott): www.ChooseFreeStyle.com 或 (866) 224-8892 (訂單編碼：RAFITLWP) 		
計劃詳情如血糖儀型號或訂單編碼可能會不時發生變化。請訪問 www.hospitalityrx.org 了解最新詳情。		
*製造商將每 36 個月免費提供一台血糖儀。如果您早於製造商允許的時間需要血糖儀，請訪問 www.hospitalityrx.org 或致電 (844) 484-4726。		

您的優勢一覽 (續)

牙科	Delta Dental of Illinois (800) 323-1743 www.deltadentalil.com	
	您支付的金額	
	PPO 和 Premier 提供者	非網路提供者
診斷/預防	\$0	20%
小型補牙、牙髓治療、牙髓治療科和口腔外科	補牙 \$0； 其他服務 10%	40%
重大修復	40%	60%
口腔修復	40%	60%
牙齒矯正護理	50%至終身，最高3000美元	
無免賠額；每年牙科最高限額為2000美元/人		
眼科	Davis Vision (800) 999-5431 www.davisvision.com	
	您支付的金額	
	網絡供應商	非網絡供應商
眼部檢查	\$0	1) 服務時支付供應商 2) 向Davis提交索賠 3) 獲得報帳：一次檢查最高75美元，所有資料、評估和器材加起來最高175美元
鏡框	Davis Vision系列中的時尚、設計師和高級級別為0美元。	
	其他鏡框津貼150美元的加上20%的差額；無自付額。	
鏡片 (如染色、防刮、聚碳酸酯、漸進光和藍光等額外產品，請諮詢Davis或您的醫生，瞭解您需要支付的金額)	\$0 (單焦點、雙焦點和三焦鏡片)	
隱形眼鏡 (代替眼鏡)	Davis Vision 系列0美元	
	其他隱形眼鏡150美元的津貼加上15%的差額；60美元的評估和安裝津貼；無自付額	
視網膜成像 (疾病篩查)	每次檢查20美元	未涵蓋
每個日歷年涵蓋一次		

員工協助計劃 (EAP)	Modern Assistance Programs (MAP) (800) 878-2004 www.modernassistance.com
如欲瞭解更多 EAP 資訊、尋找替代療法提供者，或希望得到全年無休的協助，請聯絡 MAP。	
輔導服務	您繳付* (網絡內)
短期輔導服務 (每人每曆年每 8 次)	\$0
替代療法服務 (與 MAP 網路提供者)	您繳付*
針灸 (每年 20 次治療)	\$0
傳統中醫 (每年 12 次門診)	
自然療法門診 (每年 12 次)	
按摩治療 (每年 12 次)	
收養援助	
每個計畫年度，該計畫為每名符合條件的領養兒童報帳不超過 2000 美元的費用	
短期殘疾	UNITE HERE HEALTH
僅限員工 — 當您因殘疾而無法工作 (最多26周) 時，該計畫每週支付500美元	
已經懷孕？當你有了孩子，你將立即被自動準予13周的殘疾假期。如果您因妊娠併發症而殘疾，並且您在當時有資格享受福利，您會在分娩時獲得另外的13周的殘疾假期。	
人壽/意外死亡和傷殘	Dearborn National
人壽保險 (僅限員工)	5000美元、10000美元或35000美元，以服務年限計
意外死亡和傷殘保險 (僅限員工)	5000美元、10000美元或35000美元，以服務年限計

這是一份容易閱讀的摘要，不包括所有的福利。如果該摘要與您的計畫檔案之間存在衝突，則以您的計畫檔案為準。有關您福利的更多詳細資訊或者需要瞭解哪些治療/服務需要事先授權，請參閱您的總結計畫說明 (SPD) 或致電我們。