

Updates to Your Benefits

New York Plan 100A | Effective January 1, 2016



Look inside for details

We are Making Your Medical Benefits Easier to Understand.....	2
Highlights of Your Updated Benefits.....	3
Class I Medical Benefits	4
Class II Medical Benefits ...	6
Class II Preventive Prescription Drugs and Supplies.....	8
Preventive Care and Other Corrections	8
Medical Benefits	9
What the Plan Pays	9
What You Pay	9
What's Covered	10
What's Not Covered	16

UNITE HERE
HEALTH 

(866) 261-5676

www.uhh.org
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

Get answers
to all your
questions:
(866) 261-5676



www.uhh.org
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

We are making your medical benefits easier to understand

UNITE HERE HEALTH wants your benefits to be easy to understand. We are making a number of changes to simplify your medical benefits. For example, instead of separating services into basic and major medical categories, all medical services are now under one category called “medical benefits.” These changes are effective January 1, 2016.

Other changes to simplify your benefits include:

- Period of Disability Limits No Longer Apply
 - Benefit maximums based on a period of disability are now “per admission” for inpatient services and “per visit” for outpatient services. See Inpatient Treatment and Emergency Room Services in the Summary of Medical Benefits charts on pages 4 – 8 for more details.
- Copay Rule Changes
 - You now only pay one copay per visit to a provider, even when you receive multiple covered services during that visit.
 - ▶ For example, if you have an office visit with your primary care provider (PCP) and also have an ultrasound and x-ray while in your PCP’s office on the same day, you only pay the office visit copay.
 - ▶ If your doctor draws blood during your office visit, but sends it out to a separate laboratory for testing, two copays will apply — one for each provider (one for your doctor and one for the lab).

This document constitutes a Summary of Material Modifications (SMM) under the Employee Retirement Income Security Act of 1974, as amended, and summarizes recent actions taken by the Board of Trustees of UNITE HERE HEALTH. It describes benefit and administrative changes affecting the information included in your Summary Plan Description (SPD).

Please read this information carefully; then, keep it with your SPD for future reference. Except as described in this SMM, the information otherwise contained in your SPD continues to apply.

- There is no maximum number of copays per day.
 - ▶ If you receive network physical therapy services and routine podiatry on the same day you see your PCP, you pay one copay for physical therapy, one copay for routine podiatry, and one copay for the office visit with your PCP.
- Clarifying When the Deductible Applies
 - The Summary of Medical Benefits charts on pages 4 – 8 shows when you have to pay the deductible. Copays, penalties, amounts in excess of the Plan’s maximums, or charges the Plan doesn’t cover will not be applied toward the deductible. The deductible only applies to Class I benefits.

We’re also updating some of your benefits. See the highlights below and Summary of Medical Benefits on pages 4 – 8 for details. These Summary of Medical Benefits charts update the “Covered Services” and “Major Medical Benefit” portions of the Benefits at a Glance in your Summary Plan Description (SPD). We’ve also included an updated “Medical Benefits” section for your SPD. This section replaces SPD sections that previously addressed basic inpatient and outpatient, basic surgical, basic medical visits, comprehensive major medical, and mental health and substance abuse benefits (as applicable).

Highlights of Your Updated Benefits

- Occupational Therapy
 - You pay a copay for network occupational therapy services instead of coinsurance.
 - Class II benefits include network occupational therapy services.
- Diabetes Education
 - Network diabetes education services are covered in full, with no visit or dollar limits. Previously, there was a \$200 limit per calendar year.
- Nutrition Counseling
 - The Plan will pay for up to four network visits per calendar year for nutrition counseling. Previously, there was a \$200 limit per calendar year.
- Non-Routine Podiatry
 - Class I benefits now include non-network non-routine podiatry services; you pay 40% after the deductible for these services.

**Get answers
to all your
questions:
(866) 261-5676**

**UNITE HERE
HEALTH**

www.uhh.org
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

Get answers
to all your
questions:
(866) 261-5676



www.uhh.org
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

Class I Medical Benefits — <i>What you pay</i>		
Calendar Year Deductible	\$250/individual \$500/family	
Safety Net Out-of-Pocket Limit per calendar year <i>Only applies to covered services and supplies from a network provider</i>	Medical: \$5,600/person \$11,200/family Prescription Drug: \$750/person \$1,500/family	
Covered Service	Empire Network Providers	Non-Network Providers
Office Visits		
Office Visits — Includes primary care, specialty care, and allergy shots	\$15 per visit	40% after deductible
Preventive Healthcare Services <i>Subject to certain limitations</i>	\$0	Not Covered
Primary Care Services at Designated Medical Groups	\$0	Not Applicable
Covered Services Provided by the Union Health Center	\$0	Not Applicable
Mental Health/Substance Abuse Office Visits	\$15 per visit	40% after deductible
Inpatient Treatment		
Inpatient Admissions (facility fees) at a: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hospital; ▪ Skilled Nursing Facility; ▪ Hospice; or ▪ Residential Treatment Center 	Medical/Surgical: \$0 for the first \$25,000 of covered expenses or 31 days per admission, whichever occurs first, then 20% after deductible Mental Health/ Substance Abuse: \$0	40% after deductible
Emergency Care Services		
Urgent Care Facility	\$30 per visit	40% after deductible
Emergency Room Services for Emergencies	\$100 per visit	\$100 per visit
Emergency Room Services for Non-Emergencies	50% after \$100 copay per visit	50% after \$100 copay per visit
Professional Ambulance Transportation	20% after deductible	20% after deductible

Class I Medical Benefits (continued) — *What you pay*

Outpatient Services

Outpatient Surgery at a Hospital or Ambulatory Surgical Facility	\$0	40% after deductible
Physical, Speech, and Occupational Therapy	\$15 per visit	40% after deductible
Chiropractic Care — Age 15 and over <i>16-visit maximum/person/calendar year unless Plan pre-approves more</i>	\$0	Not Covered
Non-Routine Podiatry	\$15 per visit	40% after deductible
Routine Podiatry <i>4-visit maximum/person/calendar year unless Plan pre-approves more</i>	\$15 per visit	Not Covered
X-ray, Laboratory, Ultrasound, and Diagnostic Imaging Services	\$15 per visit	40% after deductible
Kidney Dialysis	\$0	40% after deductible
Hospice Services	\$0	40% after deductible
Chemotherapy, Radiation Therapy, and Infusion Therapy	\$15 per visit	40% after deductible
Diabetes Education	\$0	Not Covered
Nutrition Counseling <i>4-visit maximum/person/calendar year</i>	\$0	Not Covered
Habilitative Therapy for Autism Spectrum Disorder <i>Subject to limits shown in the Medical Benefits section</i>	\$10 per day	40% after deductible

Other Care and Expenses

Durable Medical Equipment, Podiatric Orthotics, and Prosthetics	20% after deductible	40% after deductible
Home Healthcare Services — Includes home infusion therapy	20% after deductible	40% after deductible
Mental Health/Substance Abuse — Includes intensive outpatient, partial hospitalization, and ambulatory detoxification	\$0	40% after deductible
Medical Foods for Inborn Errors of Metabolism	The Plan reimburses your expenses up to \$2,500/person/calendar year	
Travel and Lodging <i>Subject to limits shown in the Medical Benefits section</i>	The Plan reimburses your expenses up to \$10,000 per episode of care, including a per diem of up to \$250 for lodging and meals	
Healthcare Professional Services — Includes anesthesiology, pathology, radiology, surgery, emergency medicine, and inpatient services*	\$0	40% after deductible
All Other Covered Expenses	20% after deductible	40% after deductible

*Benefits for inpatient professional services and professional services of non-network healthcare professionals specializing in emergency medicine, radiology, anesthesiology, and pathology will be paid at the network benefit level when services are received at a network facility. However, allowable charges will be determined according to the healthcare professional's non-network status.

Get answers
to all your
questions:
(866) 261-5676

UNITE HERE
HEALTH

www.uhh.org
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

Get answers
to all your
questions:
(866) 261-5676



www.uhh.org
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

Class II Medical Benefits — <i>What you pay</i>		
Calendar Year Deductible	Not Applicable	
Safety Net Out-of-Pocket Limit per calendar year <i>Only applies to covered services and supplies from a network provider</i>	Medical: \$6,350/person \$12,700/family	
Covered Service	Empire BCBS Providers	Non-Network Providers
Office Visits		
Office Visits — Includes primary care, specialty care, and allergy shots	\$15 per visit	Not Covered
Preventive Healthcare Services <i>Subject to certain limitations</i>	\$0	Not Covered
Primary Care Services at Designated Medical Groups	\$0	Not Applicable
Covered Services Provided by the Union Health Center	\$0	Not Applicable
Mental Health/Substance Abuse Office Visits	\$15 per visit	Not Covered
Inpatient Treatment		
Inpatient Admissions (facility fees) at a: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hospital; ▪ Skilled Nursing Facility; ▪ Hospice; or ▪ Residential Treatment Center 	Medical/Surgical and Mental Health/ Substance Abuse: Plan pays up to \$150/day to a maximum of \$5,000 per admission	Not Covered
Emergency Care Services		
Urgent Care Facility	\$30 per visit	Not Covered
Emergency Room Services for Emergencies	Plan pays up to \$900 per visit (including \$25 ambulance benefit) after you pay a \$100 copay	Plan pays up to \$900 per visit (including \$25 ambulance benefit) after you pay a \$100 copay
Emergency Room Services for Non-Emergencies	Plan pays 50% up to \$900 per visit (including \$25 ambulance benefit) after you pay a \$100 copay	Not Covered
Professional Ambulance Transportation	Plan pays up to \$25	Not Covered

Class II Medical Benefits (continued) — *What you pay***Outpatient Services**

Outpatient Surgery at a Hospital or Ambulatory Surgical Facility	Plan pays up to \$900 per visit after you pay a \$100 copay	Not Covered
Physical, Speech, and Occupational Therapy	\$15 per visit	Not Covered
Chiropractic Care — Age 15 and over <i>16-visit maximum/person/calendar year unless Plan pre-approves more</i>	\$0	Not Covered
Non-Routine Podiatry	\$15 per visit	Not Covered
Routine Podiatry <i>4-visit maximum/person/calendar year unless Plan pre-approves more</i>	\$15 per visit	Not Covered
X-ray, Laboratory, Ultrasound, and Diagnostic Imaging Services	\$15 per visit	Not Covered
Kidney Dialysis	\$0	Not Covered
Hospice Services	\$15 per visit	Not Covered
Chemotherapy, Radiation Therapy, and Infusion Therapy	\$15 per visit	Not Covered
Diabetes Education	\$0	Not Covered
Nutrition Counseling <i>4-visit maximum/person/calendar year</i>	\$0	Not Covered
Habilitative Therapy for Autism Spectrum Disorder <i>Subject to limits shown in the Medical Benefits section</i>	\$10 per day	Not Covered

Other Care and Expenses

Durable Medical Equipment, Podiatric Orthotics, and Prosthetics	Not Covered	Not Covered
Home Healthcare Services — Includes home infusion therapy	Not Covered	Not Covered
Mental Health/Substance Abuse — Includes intensive outpatient, partial hospitalization and ambulatory detoxification	\$0	Not Covered
Medical Foods for Inborn Errors of Metabolism	Not Covered	Not Covered
Travel and Lodging	Not Covered	Not Covered
Healthcare Professional Services — Includes anesthesiology, pathology, radiology, surgery, emergency medicine, and inpatient services*	\$0	Not Covered
All Other Covered Expenses	Not Covered	Not Covered

*Benefits for inpatient professional services and professional services of non-network healthcare professionals specializing in emergency medicine, radiology, anesthesiology, and pathology will be paid at the network benefit level when services are received at a network facility. However, allowable charges will be determined according to the healthcare professional's non-network status.

Get answers
to all your
questions:
(866) 261-5676

UNITE HERE
HEALTH

www.uhh.org
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

Get answers
to all your
questions:
(866) 261-5676



www.uhh.org
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

Class II Preventive Prescription Drugs and Supplies

To make it easier for you to get covered preventive drugs and supplies as required by federal law, you can fill your prescription at a network pharmacy at no cost to you. Remember, when you have a prescription, the Plan pays 100% for certain preventive care drugs and supplies, including aspirin, folic acid supplements, iron supplements, oral fluoride supplements, prescription oral contraceptives, FDA-approved over-the-counter contraception for women, vitamin D supplementation, certain tobacco cessation products, and generic breast cancer prevention drugs, subject to the limitations included in your SPD.

Preventive Care and Other Corrections

- Your SPD includes the wrong frequency limitation for routine breast cancer mammography screenings. The Plan pays for one baseline mammogram for women between ages 35 and 39 and annually for women beginning at age 40.
- The Plan will pay 100% for routine prostate specific antigen (PSA) testing annually for males age 50 and over, males between ages 40 and 49 at increased risk, and males of any age with a prior history of prostate cancer. You should talk with your primary care provider about the pros and cons of testing.
- Your SPD states that Class II coverage for emergency room treatment is limited to treatment of injuries within 48 hours of an accident. However, the Plan covers emergency room services for both illnesses and injuries without any time limits.
- Transitional treatment or continued care may be available if you move from Class II to Class I coverage only to find that your provider does not participate in the applicable Empire network. Contact Empire Medical Management at (800) 982-8089 for more details or to arrange for continued care.
- In the event you fail to submit the information necessary for Empire to decide your healthcare claim and Empire notifies you of an extension of the time and date by which the claim decision will be made instead of denying your claim, you will be afforded 45 days from the receipt of the notice to provide the necessary information. Your SPD wrongly states 60 days.

Medical Benefits

Unless otherwise specified, the following applies to both Class I and Class II Coverage.

UNITE HERE HEALTH has contracted with Empire Blue Cross Blue Shield so you and your covered dependents can get a wide variety of medical care through Empire's network of hospitals, providers, and other types of treatment facilities. The name of your network is based on where you live and whether you have Class I or Class II benefits.

*To find network providers,
call Empire:
(800) 553-9603
www.empireblue.com*

What the Plan Pays

The Plan pays benefits based on whether you get treatment from a network provider or a non-network provider. The Plan pays the amount of allowable charges left after you pay your share of covered expenses, subject to any Plan maximums. The Plan generally pays higher benefits when you or your dependents choose network providers. This means you will usually pay less out-of-pocket if you choose a network provider.

What You Pay

You pay any required deductibles, copays, coinsurance, and any expenses the Plan does not cover. Because rates are negotiated with network providers, you only pay these amounts. When you use a non-network provider, you also pay the difference between what the Plan pays and the provider's billed charges. This can be a significant amount.

Deductibles

You must pay the deductible before the Plan pays certain medical benefits. The deductible applies to each person covered by the Plan and starts over each calendar year. Once you and your covered dependents reach the family deductible amount, no one in your family has to pay any more towards deductibles for the rest of the calendar year. See the "Medical Benefits" portion of the Benefits at a Glance section of your Summary Plan Description ("SPD") (as updated from time to time by Summaries of Material Modifications) for the individual and family deductible amounts.

Any allowable charges applied to your deductible during the last three months of the year will also reduce your deductible for the next calendar year. Any amounts you pay for copayments, penalties, or amounts over the Plan's maximums, limits, or allowable charges, or that the Plan doesn't cover, do not count towards the deductible.

**Get answers
to all your
questions:
(866) 261-5676**

UNITE HERE
HEALTH 

www.uhh.org
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

Get answers
to all your
questions:
(866) 261-5676



www.uhh.org
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

Copays and Coinsurance

The copays and coinsurance you are required to pay are shown in the “Medical Benefits” portion of the Benefits at a Glance section of your SPD (as updated from time to time). You pay one copay when you receive multiple covered healthcare services during one visit to a covered provider.

What’s Covered

The Plan covers the allowable charges for the following services, supplies, and treatments when medically necessary, subject to any applicable maximums shown in the “Medical Benefits” portion of the Benefits at a Glance section of your SPD (as updated from time to time), or other applicable limitations discussed in your SPD (such as prior authorization):

- **Inpatient treatment**, including charges for room and board, services and supplies, furnished by a:
 - Hospital (room and board charges may not exceed the hospital’s semi-private room rate).
 - Skilled nursing facility.
 - Hospice because of terminal injury or sickness, including:
 - Social counseling services for the person’s family.
 - Bereavement counseling, up to one year after the person’s death.
 - Transportation between home and hospital or hospice when medically necessary.
 - Up to 14 hours of respite care during any week.
 - Half-way house or residential treatment center, but only to the extent credentialed by Empire.
- Treatment, services, and supplies for **mental health and substance abuse disorders**, including inpatient and residential treatment, partial hospitalization, intensive outpatient treatment, ambulatory detoxification, and outpatient treatment.
- **Outpatient surgical procedures** at a hospital or ambulatory surgical facility, unless such surgery could normally be performed in an office. However, covered expenses include charges for the primary procedure only.
- Medical services for **organ transplants**, subject to the following rules:
 - The transplant must be covered by Medicare, including meeting Medicare’s clinical, facility, and provider requirements for coverage.
 - You must use any case management program recommended by UNITE HERE HEALTH or its designee.
 - All benefits for covered transplants must be pre-approved in writing by UNITE HERE HEALTH or its designee.

- Benefits for donor expenses are only available to the extent that the donor has no other coverage.
- No benefits are provided if you are the organ donor.
- **Outpatient hospice** charges for terminal illness or injury, including:
 - Social counseling services for the person's family.
 - Bereavement counseling, up to one year after the person's death.
 - Transportation between home and hospital or hospice when medically necessary.
 - Up to 14 hours of respite care during any week.
- **Pre-surgical testing.**
- **One hospital home visit** for postpartum care, but only when the mother's hospital stay is less than 48 (or 96) hours, and the visit is requested within that timeframe.
- **Chemotherapy, infusion therapy, and kidney dialysis.**
- **Radiation therapy.**
- **Emergency room treatment.**
- Transportation by a **professional ambulance service** to an area medical facility equipped to provide the required treatment.
- Treatment at an **urgent care facility.**
- **Facility charges for dental care**, including anesthesia, charges for the administration of anesthesia, and other ancillary services, when such services require an institutional setting to safely administer dental care otherwise covered under the Plan's dental benefit provisions, including services rendered to persons with medical or behavioral conditions that severely limit the person's ability to cooperate in the provision of medically necessary care.
- **Professional medical and surgical services furnished by a healthcare professional:**
 - If more than one surgical procedure is performed through the same incision or natural body orifice during the same operation, allowable charges for the secondary and subsequent procedures may be reduced.
 - Covered expenses will not include incidental procedures performed through the same incision during the same operation.
- The primary care healthcare professional services furnished at **designated medical groups** (also called patient-centered medical homes or groups).
- Services furnished by the **Union Health Center.**

Get answers
to all your
questions:
(866) 261-5676

UNITE HERE
HEALTH 

www.uhh.org
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

Get answers
to all your
questions:
(866) 261-5676



www.uhh.org
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

- The **administration of injectable medications**, including immunizations, otherwise covered by the Plan by a pharmacist.
- Services for **mastectomies**, including:
 - Reconstruction of the breast upon which the mastectomy is performed.
 - Surgical treatment and reconstruction of the other breast to produce a symmetrical appearance.
 - Breast prostheses.
 - Treatment of physical complications resulting from mastectomy, including lymphedema.
- **Diagnostic procedures**, including x-rays, MRI/MRA scans, PET scans, CAT scans, nuclear cardiology services, laboratory tests, and ultrasounds.
- Treatment of **pregnancy** and pregnancy-related conditions, but only for female employees and spouses. However, routine preventive healthcare services for the pregnancy of a female dependent child will be a covered expense.
- Elective **sterilization**.
- Treatment by a healthcare professional or dentist for open or closed **reduction of a fractured or dislocated jaw**, and repair of injuries to sound, natural teeth and supporting structures.
- Treatment of **tumors, cysts, or lesions**, including tumors, cysts, or lesions of the mouth that are not considered by the contracted dental provider to be dental in nature.
- **Physical, occupational, and speech therapy**, provided that:
 - Adult speech therapy services are covered expenses only if they are for the purpose of restoring speech lost as a result of injury or sickness.
 - Dependent child speech therapy services are covered expenses only if they are for:
 - Screening, detection, and treatment of autism spectrum disorder.
 - Restoring or improving speech for speech-language and developmental delay disorders that are a result of a non-chronic sickness, intra-uterine trauma, hearing loss, difficulty swallowing, or acute sickness or injury.
 - Treatment of speech delay that is associated with a specifically diagnosable disease, injury, or congenital defect, such as cleft lip and palate.
- **Chiropractic services** for persons age 15 and older, limited to 16 visits per person per calendar year (additional visits may be covered if pre-approved by UNITE HERE HEALTH or its designee).

- **Podiatric services**, including routine podiatry, limited to four visits per person per calendar year (additional visits may be covered if pre-approved by UNITE HERE HEALTH or its designee), and non-routine podiatry. Routine podiatry includes but is not limited to care of corns, bunions, calluses, toenails, flat feet, fallen arches, weak feet, and chronic foot strain.
- Surgical supplies, surgical dressings, casts, splints, trusses, braces, and crutches.
- Anesthesia, blood and blood plasma, oxygen and the rental of equipment for its administration, and services for infusion therapy, including supplies, fluids, medications, and pump rental.
- **Durable medical equipment (DME), orthotics, and prosthetics:**
 - Class II benefits are limited to covered expenses for supplies and equipment as required by federal law.
 - DME includes non-disposable, medically necessary devices or prescribed items, such as wheelchairs, hospital-type beds, respirators and associated support systems, infusion pumps, home dialysis equipment, monitoring devices, home traction units, hospital-grade breast pumps, or other similar medical equipment or supplies that are approved for payment under Medicare or are:
 - Mainly used to treat or monitor injuries or sicknesses.
 - Able to withstand repeated use.
 - Helpful in improving overall medical care of a patient in an outpatient setting.
 - Rental fees actually incurred will qualify as covered expense if the DME is only available for rental and not purchase.
 - Purchase prices actually incurred will qualify as covered expense if the DME cannot be rented.
 - If you can either rent or purchase the DME, covered expenses may be limited to the equipment's purchase price if the rental fees are expected to exceed the equipment's purchase price.
 - If DME is purchased, subsequent costs for repair or maintenance are also covered expenses.
- Radium and radioactive isotopes.
- **Diabetic education** or training for the care, monitoring, or treatment of diabetes, but only if a network provider is used.
- **Nutritional education**, but only if a network provider is used.
- **Clinic visits**, including visits at a chronic pain center, an OB/GYN clinic, a pediatric clinic, urgent care clinic, or a family practice clinic.

**Get answers
to all your
questions:
(866) 261-5676**

UNITE HERE
HEALTH 

www.uhh.org
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

Get answers
to all your
questions:
(866) 261-5676

UNITE HERE
HEALTH 

www.uhh.org
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

- **Preventive healthcare services** as required by federal law, but only if a network provider is used:
 - Generally this includes the items or services rated “A” or “B” by the United States Preventive Services Task Force (USPSTF), routine immunizations recommended by the Advisory Committee on Immunization Practices of the Centers for Disease Control and Prevention, and preventive care and screenings for infants, children, adolescents, and women (not otherwise addressed by the USPSTF) provided in the comprehensive guidelines supported by the Health Resources and Services Administration (HRSA).
 - Non-hospital grade breast pumps are limited to one per pregnancy and may be provided by network or non-network providers. The associated breast pump supplies are limited to \$200 per pregnancy.
 - The Plan also covers prostate-specific antigen (PSA)-based prostate cancer screenings for males, limited to one per calendar year for males over age 50, males at increased risk between ages 40 through 49, and males at any age with a prior history of prostate cancer.
 - The Plan may cover certain preventive healthcare services more liberally than required by federal law (such as more frequently or at earlier or later ages).
- **Habilitative therapy for children with autism spectrum disorder (ASD)**, limited to 30 hours per person per week and a total of 36 months, subject to the following rules:
 - Treatment must begin between June 1, 2015 and May 31, 2018.
 - Your child must be at least two years old, but not older than eight years old.
 - Your child must have a valid diagnosis of ASD and have a prorated mental age (PMA) of at least 11 months.
 - The treatment must be ordered by a pediatrician, a child psychiatrist or psychologist, or other healthcare professional whose license lets him or her order the therapy.
 - The provider supervising the habilitative therapy must be certified by the Behavioral Analyst Certification Board (BACB) as a Board Certified Behavior Analyst or Board Certified Behavior Analyst Doctorate or have a medical license letting him or her supervise this type of care.
 - The person providing the habilitative therapy must be certified by the BACB as a Board Certified Assistant Behavioral Analyst or Registered Behavioral Technician or have a medical license letting him provide this type of care.

- The Plan will only pay benefits for services that supplement school-based therapy. No benefits will be paid for school-based therapy.
- The Fund or its designee must prior authorize the habilitative therapy and treatment plan before treatment begins. The treatment notes and treatment plan must be reviewed by the Fund or its designee at least twice a year, and show that:
 - ▶ Your child is demonstrating improvement.
 - ▶ You (the parents) are trained to, and do, participate in the habilitative therapy.
 - ▶ You follow the treatment plan.
- For Class I only, **home healthcare** in lieu of inpatient care.
- For Class I only, **private duty nursing**.
- For Class I only, **medical food** expenses are reimbursable up to \$2,500 per person per calendar year for persons with inborn errors of metabolism (IEM), provided the medical food is:
 - Ordered by and used under the supervision of a healthcare professional.
 - The primary source of nutrition (more than half the intake for the individual).
 - Labeled and used for the dietary management of IEM.

Medical foods are specially formulated and processed and are not naturally occurring foodstuff used in a natural state. Medical foods include special medical formulas and low protein foods that meet the above requirements. Nutritional supplements are not medical foods.

Travel and Lodging Benefit

For Class I only, the Plan may pay you back for certain expenses if you or your covered dependents need specialized care more than 50 miles away from home (and all travel is within the United States) for transplants, cancer-related treatments, or congenital heart defect care. If you participate in the case management program and receive prior authorization, you can receive reimbursement for eligible travel, lodging, and meal costs, including costs for one companion (two if the patient is a minor child), up to a maximum of \$10,000 per episode of care, with a maximum of \$250 per day for eligible lodging and meal costs. Original receipts are required. If you are the donor of a transplanted organ or participate in a clinical trial, your expenses are not reimbursable. Contact UNITE HERE HEALTH for more details, including specifics regarding reimbursement and what expenses are eligible.

Get answers
to all your
questions:
(866) 261-5676

UNITE HERE
HEALTH

www.uhh.org
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

Get answers
to all your
questions:

(866) 261-5676



www.uhh.org

711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

What's Not Covered

In addition to the Plan's General Exclusions and Limitations, shown in your SPD, no Medical Benefits will be provided for:

- Charges for outpatient surgery performed in an ambulatory surgical facility if such surgery would normally be performed in an office.
- Surgical treatment of temporomandibular joint (TMJ) disorders, craniofacial disorders, or orthognathic disorders, unless pre-approved by the Fund or its designee and required for severe rheumatoid arthritis involving multiple joints with significant pathology, traumatic injuries causing disk rupture or ligament perforations, or removal of prosthetic devices that pose clear medical risk to the patient.
- Jaw operations or surgical procedures to modify jaw relationships including, but not limited to, osteoplasty and genioplasty procedures.
- Alveolar ridge augmentation or implant procedures, whether of natural or artificial materials, to stabilize or otherwise alter natural or artificial teeth.
- Any dental extraction.
- Eye examinations, refractions, eyeglasses, or dental prosthetic appliances, unless these services and supplies are required for treatment of an accidental injury.
- Chiropractic care for a child before the first of the month after his or her 15th birthday.
- Laboratory, x-ray, or imaging services from a facility if the referring doctor or his or her immediate family has a financial interest or relationship.
- Certain preventive healthcare services until required by federal law.
- Prescription drugs, other than those consumed or administered at the place where they are dispensed.
- Acupuncture.
- For Class II only:
 - Home healthcare.
 - Private duty nursing.
 - Medical foods.
 - Durable medical equipment, orthotics, and prosthetics, except as specifically covered under the Plan.
 - Treatment, services, and supplies received from non-network providers, except as specifically covered under the Plan.
 - Travel, lodging, and meal expenses.

Cambios a Sus Beneficios

New York Plan 100A | Efectiva 01 de Enero 2016



Mire adentro para los detalles

Estamos haciendo que sus beneficios médicos sean más fáciles de entender2

Lo más destacado de sus beneficios actualizados3

Beneficios médicos de Clase I4

Beneficios médicos de Clase II6

Medicamentos con receta y suministros preventivos de Clase II8

Atención preventiva y otras correcciones8

Beneficios médicos.....9

Qué paga el Plan.....9

Qué es lo que usted paga.....9

Qué está cubierto 10

Lo que no está cubierto 16

UNITE HERE
HEALTH

(866) 261-5676

www.uhh.org

711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(866) 261-5676**



www.uhh.org
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

Estamos haciendo que sus beneficios médicos sean más fáciles de entender

UNITE HERE HEALTH desea que sus beneficios sean fáciles de entender. Estamos haciendo algunos cambios para simplificar sus beneficios médicos. Por ejemplo, en lugar de separar los servicios en la categoría básica y la principal todos los servicios médicos ahora se encuentran en una categoría llamada “beneficios médicos”. Esos cambios entrarán en vigor a partir de 1 de enero de 2016.

Otros cambios para simplificar sus beneficios incluyen:

- Ya no aplicarán los límites para períodos de discapacidad
 - El máximo de los beneficios basándose en un período de discapacidad ahora son “por admisión” para servicios a pacientes hospitalizados y “por visita” para pacientes de servicios ambulatorios. Consulte la sección Servicios en la Sala de Emergencia y Tratamiento para Pacientes Hospitalizados de la tabla Resumen de Beneficios Médicos en las páginas 4 – 8 para más detalles.
- Cambios en la regla para copagos
 - Ahora usted solamente efectuará un copago por visita a un proveedor, aún cuando reciba múltiples servicios cubiertos durante dicha visita.
 - Por ejemplo, si usted asiste al consultorio de su médico de atención primaria (PCP) y a la vez tiene un ultrasonido y un examen de rayos x mientras se encuentra en el consultorio de su PCP ese mismo día, usted solamente tiene que hacer un copago único como copago por la visita al consultorio.
 - Si el doctor extrae sangre durante su visita al consultorio, pero la envía a un laboratorio diferente, aplicarán dos copagos: uno por cada proveedor (uno para su doctor y el otro para el laboratorio).

This document constitutes a Summary of Material Modifications (SMM) under the Employee Retirement Income Security Act of 1974, as amended, and summarizes recent actions taken by the Board of Trustees of UNITE HERE HEALTH. It describes benefit and administrative changes affecting the information included in your Summary Plan Description (SPD).

Please read this information carefully; then, keep it with your SPD for future reference. Except as described in this SMM, the information otherwise contained in your SPD continues to apply.

- No hay una cantidad máxima de copagos al día.
 - Si usted recibe servicios de terapia física dentro de la red y servicios rutinarios de podiatría el mismo día que visita a su PCP paga un copago para terapia física, un copago para los servicios rutinarios de podiatría y un copago para la visita al consultorio de su PCP.
- Aclaración de cuándo aplica el deducible
 - El cuadro del Resumen de Beneficios Médicos de las páginas 4 – 8 le muestra cuándo debe pagar deducible. Los copagos, multas, cantidades en exceso de los máximos en el Plan, o cargos que el Plan no cobre no se aplicarán para el deducible. El deducible únicamente se aplica a los beneficios de Clase I.

También estamos actualizando algunos de sus beneficios. Vea las partes resaltadas a continuación y el Resumen de Beneficios Médicos en las páginas 4 – 8 para más detalles. Este Resumen de Beneficios Médicos actualiza los “servicios cubiertos” y “los beneficios médicos principales” de la porción llamada Resumen de Beneficios en su Descripción Resumida del Plan (SPD). Además hemos incluido una sección actualizada de “Beneficios Médicos” para su SPD. Esta sección reemplaza las secciones del SPD que anteriormente cubrían las visitas médicas básicas, cirugía básica, beneficios a pacientes ambulatorios y hospitalizados básicos, beneficios médicos principales exhaustivos, y beneficios de salud mental y abuso de sustancias (según lo aplicable).

Lo más destacado de sus beneficios actualizados

- Terapia ocupacional
 - Usted efectúa un copago para servicios de terapia ocupacional dentro de la red, en lugar de pagar coseguro.
 - Los beneficios de Clase II incluyen servicios de terapia ocupacional dentro de la red.
- Educación sobre la diabetes
 - Los servicios de educación sobre la diabetes adentro de la red están cubiertos en su totalidad, y no hay límites en dólares ni de visitas. Anteriormente, había un límite \$200 por año calendario.
- Asesoría sobre nutrición
 - El Plan pagará un máximo de cuatro visitas dentro de la red por año calendario para asesoría sobre nutrición. Anteriormente, había un límite \$200 por año calendario.
- Servicios de podiatría no rutinarios
 - Los beneficios de Clase I ahora incluyen servicios de podiatría no rutinarios afuera de la red; usted paga un 40% después del deducible por esos servicios.

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(866) 261-5676**

UNITE HERE
HEALTH 

www.uhh.org
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(866) 261-5676



www.uhh.org
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

Beneficios médicos de Clase I — Qué es lo que usted paga		
Deducible por año calendario	\$250/individual \$500/familia	
Límite de seguridad de pagos de su bolsillo por año calendario <i>Sólo se aplica a los servicios y suministros cubiertos de un proveedor de la red</i>	Médico: \$5,600/persona \$11,200/familia Medicamentos recetados: \$750/persona \$1,500/familia	
Servicio con cobertura	Proveedores de la red Empire	Proveedores afuera de la red
Visitas a la clínica		
Visitas a la clínica — Incluye atención primaria, atención especializada y vacunas contra alergias	\$15 por visita	40% después del deducible
Servicios preventivos de atención a la salud <i>Sujeto a ciertos límites</i>	\$0	No tiene cobertura
Servicios de atención primaria en grupos médicos designados	\$0	No corresponde
Servicios proporcionados por el Centro de Salud del Sindicato	\$0	No corresponde
Visitas a la clínica por abuso de sustancias/salud mental	\$15 por visita	40% después del deducible
Tratamientos con hospitalización		
Admisión de pacientes (tarifas de las instalaciones de servicios) para hospitalización: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hospital; ▪ Instalaciones de enfermería especializada; ▪ Centro de servicios paliativos (hospicio); o ▪ Centro de tratamiento residencial 	Médicos/quirúrgicos: \$0 por los primeros \$25,000 de gastos con cobertura o 31 días por admisión, lo que suceda primero, luego 20% después del deducible Abuso de sustancias/salud mental: \$0	40% después del deducible
Atención especializada		
Centro de urgencias	\$30 por visita	40% después del deducible
Servicios para emergencias en la sala de emergencias (ER)	\$100 por visita	\$100 por visita
Servicios para no emergencias en la sala de emergencias (ER)	50% después de un copago de \$100 por visita	50% después de un copago de \$100 por visita
Transporte profesional en ambulancia	20% después del deducible	20% después del deducible

Beneficios médicos de Clase I (continúa) — *Qué es lo que usted paga*

Servicios para pacientes ambulatorios

Cirugía para pacientes ambulatorios en un hospital o centro de cirugía ambulatoria	\$0	40% después del deducible
Terapia física, del habla y ocupacional	\$15 por visita	40% después del deducible
Atención del quiropráctico — A partir de los 15 años de edad 16 visitas máximas/persona/año calendario a menos que el Plan preapruebe más	\$0	No tiene cobertura
Servicios de podiatría no rutinarios	\$15 por visita	40% después del deducible
Servicios de podiatría rutinarios 4 visitas máximas/persona/año calendario a menos que el Plan preapruebe más	\$15 por visita	No tiene cobertura
Rayos X, laboratorio, ultrasonido y servicios de diagnóstico por imágenes	\$15 por visita	40% después del deducible
Diálisis del riñón	\$0	40% después del deducible
Servicios en centro de atención paliativa (hospicio)	\$0	40% después del deducible
Quimioterapia, radioterapia, y terapia por infusión	\$15 por visita	40% después del deducible
Educación sobre la diabetes	\$0	No tiene cobertura
Asesoría sobre nutrición Cuatro visitas máximas/persona/año calendario	\$0	No tiene cobertura
Terapia de habilitación para el desorden del espectro autista Sujeto a límites mostrados en la sección de Beneficios Médicos	\$10 por día	40% después del deducible
Otro tipo de atención y gastos		
Equipo médico de uso a largo plazo, no desechable (DME), ortopédicos y prótesis	20% después del deducible	40% después del deducible
Servicios de atención a la salud en el hogar — Incluye terapia difusión en el hogar	20% después del deducible	40% después del deducible
Salud mental/abuso de sustancias — Incluye atención intensiva para pacientes ambulatorios, hospitalización parcial y desintoxicación para pacientes ambulatorios	\$0	40% después del deducible
Alimentación médica para errores congénitos del metabolismo	El Plan le reembolsa los gastos por un máximo de \$2,500/persona/año calendario	
Viajes y hospedaje Sujeto a límites mostrados en la sección de Beneficios Médicos	El Plan le reembolsa los gastos por un máximo de \$10,000 por episodio de atención, incluyendo gastos de alimentación y comidas hasta por \$250	
Servicios profesionales de atención a la salud — Incluye anestesiología, patología, radiología, cirugía, medicina en emergencias y servicios de hospitalización de pacientes*	\$0	40% después del deducible
Todos los demás gastos con cobertura	20% después del deducible	40% después del deducible

*Los beneficios para servicios profesionales para pacientes hospitalizados y servicios profesionales de profesionales de atención a la salud afuera de la red que se especializan en medicina por emergencias, radiología, anestesiología, y patología se pagarán al nivel de los beneficios adentro de la red cuando los servicios se reciban en una instalación adentro de la red. Sin embargo, los cargos permitidos serán determinados de acuerdo con el estado de no pertenencia a la red del profesional de atención a la salud.

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(866) 261-5676**

**UNITE HERE
HEALTH**

www.uhh.org
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(866) 261-5676



www.uhh.org
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

Beneficios médicos de Clase II — Qué es lo que usted paga		
Deducible por año calendario	No corresponde	
Límite de seguridad de pagos de su bolsillo por año calendario <i>Sólo se aplica a los servicios y suministros cubiertos de un proveedor de la red</i>	Médico: \$6,350/persona \$12,700/familia	
Servicio con cobertura	Proveedores de la red Empire	Proveedores afuera de la red
Visitas a la clínica		
Visitas a la clínica — Incluye atención primaria, atención especializada y vacunas contra alergias	\$15 por visita	No tiene cobertura
Servicios preventivos de atención a la salud <i>Sujeto a ciertos límites</i>	\$0	No tiene cobertura
Servicios de atención primaria en grupos médicos designados	\$0	No corresponde
Servicios proporcionados por el Centro de Salud del Sindicato	\$0	No corresponde
Visitas a la clínica por abuso de sustancias/salud mental	\$15 por visita	No tiene cobertura
Tratamientos con hospitalización		
Admisión de pacientes (tarifas de las instalaciones de servicios) para hospitalización: <ul style="list-style-type: none"> Hospital; Instalaciones de enfermería especializada; Centro de servicios paliativos (hospicio); o Centro de tratamiento residencial 	Médicos/ quirúrgicos y de salud mental/ abuso de sustancias: El Plan paga un máximo de \$150/día hasta un máximo de \$5,000 por admisión	No tiene cobertura
Atención especializada		
Centro de urgencias	\$30 por visita	No tiene cobertura
Servicios para emergencias en la sala de emergencias (ER)	El Plan paga un máximo de \$900 por visita (incluyendo el beneficio de \$25 por ambulancia) después de que usted efectúa el copago de \$100	El Plan paga un máximo de \$900 por visita (incluyendo el beneficio de \$25 por ambulancia) después de que usted efectúa el copago de \$100
Servicios para no emergencias en la sala de emergencias (ER)	El Plan paga un 50% hasta un máximo de \$900 por visita (incluyendo el beneficio de \$25 por ambulancia) después de que usted efectúa el copago de \$100	No tiene cobertura
Transporte profesional en ambulancia	El Plan paga hasta \$25 dólares	No tiene cobertura

Beneficios médicos de Clase II (continúa) — *Qué es lo que usted paga*

Servicios para pacientes ambulatorios

Cirugía para pacientes ambulatorios en un hospital o centro de cirugía ambulatoria	El Plan paga un máximo de \$900 por visita después de que usted efectúa un copago de \$100	No tiene cobertura
Terapia física, del habla y ocupacional	\$15 por visita	No tiene cobertura
Atención del quiropráctico — A partir de los 15 años de edad <i>16 visitas máximas/persona/año calendario a menos que el Plan preapruebe más</i>	\$0	No tiene cobertura
Servicios de podiatría no rutinarios	\$15 por visita	No tiene cobertura
Servicios de podiatría rutinarios <i>4 visitas máximas/persona/año calendario a menos que el Plan preapruebe más</i>	\$15 por visita	No tiene cobertura
Rayos X, laboratorio, ultrasonido y servicios de diagnóstico por imágenes	\$15 por visita	No tiene cobertura
Diálisis del riñón	\$0	No tiene cobertura
Servicios en centro de atención paliativa (hospicio)	\$15 por visita	No tiene cobertura
Quimioterapia, radioterapia, y terapia por infusión	\$15 por visita	No tiene cobertura
Educación sobre la diabetes	\$0	No tiene cobertura
Asesoría sobre nutrición <i>Cuatro visitas máximas/persona/año calendario</i>	\$0	No tiene cobertura
Terapia de habilitación para el desorden del espectro autista <i>Sujeto a límites mostrados en la sección de Beneficios Médicos</i>	\$10 por día	No tiene cobertura

Otro tipo de atención y gastos

Equipo médico de uso a largo plazo, no desechable (DME), ortopédicos y prótesis	No tiene cobertura	No tiene cobertura
Servicios de atención a la salud en el hogar — Incluye terapia difusión en el hogar	No tiene cobertura	No tiene cobertura
Salud mental/abuso de sustancias — Incluye atención intensiva para pacientes ambulatorios, hospitalización parcial y desintoxicación para pacientes ambulatorios	\$0	No tiene cobertura
Alimentación médica para errores congénitos del metabolismo	No tiene cobertura	No tiene cobertura
Viajes y hospedaje <i>Sujeto a límites mostrados en la sección de Beneficios Médicos</i>	No tiene cobertura	No tiene cobertura
Servicios profesionales de atención a la salud — Incluye anestesiología, patología, radiología, cirugía, medicina en emergencias y servicios de hospitalización de pacientes*	\$0	No tiene cobertura
Todos los demás gastos con cobertura	No tiene cobertura	No tiene cobertura

*Los beneficios para servicios profesionales para pacientes hospitalizados y servicios profesionales de profesionales de atención a la salud afuera de la red que se especializan en medicina por emergencias, radiología, anestesiología, y patología se pagarán al nivel de los beneficios adentro de la red cuando los servicios se reciban en una instalación adentro de la red. Sin embargo, los cargos permitidos serán determinados de acuerdo con el estado de no pertenencia a la red del profesional de atención a la salud.

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(866) 261-5676**

UNITE HERE
HEALTH

www.uhh.org
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(866) 261-5676**

**UNITE HERE
HEALTH**

www.uhh.org
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

Medicamentos con receta y suministros preventivos de Clase II

Para facilitar su cobertura de medicamentos con receta y suministros según requerido por la ley federal, puede llenar su prescripción en una farmacia de la red sin costo para usted. Recuerde, cuando tiene una prescripción, el plan paga el 100% para determinados medicamentos de atención preventiva y suministros, incluyendo aspirina, suplementos de ácido fólico, suplementos de hierro, suplementos orales de flúor, anticonceptivos orales con receta, anticonceptivos para mujeres aprobado por la FDA que se venden sin receta, suplementos de vitamina D, algunos productos para dejar de fumar, medicamentos genéricos para la prevención del cáncer de mama, sujetos a los límites incluidos en su SPD.

Atención preventiva y otras correcciones

- Su SPD incluye un límite equivocado de frecuencia para mamografías rutinarias por cáncer en la mama. El Plan paga por un nomograma de base para mujeres entre las edades de 35 y 39 años y anualmente para mujeres a partir de los 40 años de edad.
- El Plan pagará el 100% para pruebas de antígeno específico de la próstata (PSA) anualmente para hombres de 50 años o más, para hombres entre las edades de 40 y 49 años con riesgo incrementado, y para hombres de cualquier edad con historial previo de cáncer de próstata. Hable con su proveedor de atención primaria acerca de los pros y los contras de efectuarse las pruebas.
- Su SPS establece que la cobertura de Clase II para tratamientos en sala de emergencias está limitado a tratamiento de lesiones dentro de un plazo de 48 horas a partir del accidente. No obstante, el Plan cubre los servicios de sala de emergencia tanto para enfermedades como para lesiones sin tener límites de tiempo.
- El tratamiento de transición o atención continua puede estar disponible si ustedes traslada de la cobertura de Clase II a Clase I y averigua que su proveedor no participa en la red aplicable Empire. Comuníquese con la administración de Empire Medical al teléfono (800) 982-8089 para obtener más detalles o para hacer arreglo de atención continua.
- En caso de que usted falle en presentar la información necesaria para que Empire pueda decidir su reclamación de atención médica y que Empire le notifique de una extensión de tiempo y de la fecha por la cual se tomará la decisión del reclamo el lugar debe negarle el reclamo, usted tendrá 45 días a partir de la recepción del aviso para proporcionar la información necesaria. En su SPD dice erróneamente 60 días.

Beneficios médicos

A menos que esté especificado de otra manera, lo siguiente es aplicable a la cobertura de Clase I y de Clase II.

UNITE HERE HEALTH ha hecho un contrato con Empire Blue Cross Blue Shield para que usted y sus dependientes con cobertura puedan recibir una amplia gama de servicios médicos a través de la red de hospitales, proveedores y otros tipos de instalaciones médicas de Empire. El nombre de su red se basa en el lugar en donde usted vive y si goza de beneficios de Clase I o de Clase II.

Para encontrar a los proveedores dentro de la red, llame a Empire al:

(800) 553-9603

www.empireblue.com

Qué paga el Plan

El Plan paga beneficios basándose en si usted obtiene tratamiento de un proveedor dentro de la red o de un proveedor de afuera de la red. El Plan paga la cantidad de cargos permitidos que quedan después de que usted paga su parte de gastos cubiertos, sujeto a cualquier máximo contemplado en el Plan. El Plan generalmente paga beneficios más altos cuando usted o sus dependientes eligen proveedores dentro de la red. Esto significa que por lo regular usted pagará menos de su bolsillo si elige un proveedor dentro de la red.

Qué es lo que usted paga

Usted paga cualquier deducible requerido, copagos, coseguro y cualquier gasto que el Plan no cubre. Debido a que las tarifas se negocian con los proveedores dentro de la red, usted solo paga esas cantidades. Cuando utiliza un proveedor afuera de la red, también paga la diferencia entre lo que paga el Plan y los cargos facturados. Esto puede ser una cantidad significativa.

Deducibles

Debe pagar el deducible antes de que el Plan pague ciertos beneficios médicos. El deducible aplica a cada persona cubierta por el Plan y comienza cada año calendario. Una vez usted y sus dependientes cubiertos llegan a la cantidad deducible familiar, nadie de su familia debe pagar nada más en deducibles el resto del año calendario. Consulte la parte llamada “Resumen de Beneficios” (Benefits at a Glance) de su Descripción Resumida del Plan (Summary Plan Description o SPD), (según actualizaciones esporádicas de Resúmenes de Modificaciones Materiales) para las cantidades de deducible familiar e individual.

Cualquier cargo permitido aplicable a su deducible durante los últimos tres meses del año, reducirá también su deducible para el siguiente año calendario. Cualquier cantidad que usted pague en copagos, penalizaciones, o cantidades por encima de los máximos del Plan, o de los límites o cargos permitidos, o que el Plan no cubra, no cuentan para el deducible.

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(866) 261-5676**

UNITE HERE
HEALTH

www.uhh.org
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(866) 261-5676

UNITE HERE
HEALTH 

www.uhh.org
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

Copagos y coseguro

Los copagos y coseguro que usted debe pagar aparecen en la parte llamada “Beneficios Médicos” de la sección de Resumen de Beneficios (Benefits at a Glance) de su SPD (según actualizaciones esporádicas). Usted paga un copago cuando recibe múltiples servicios médicos cubiertos durante una visita a un proveedor cubierto.

Qué está cubierto

El Plan cubre los cargos permitidos para los siguientes servicios, suministros y tratamientos cuando sean médicamente necesarios, sujetos a máximos aplicables que aparecen en la parte llamada “Beneficios Médicos del Resumen de Beneficios (Benefits at a Glance) de su SPD (según actualizaciones esporádicas) u otros límites aplicables presentados en su SPD (por ejemplo, autorización previa).

- **Hospitalización de pacientes**, incluyendo el cargo por habitación y alimentación, servicios y suministros, proporcionados por un:
 - Hospital (los cargos por habitación y alimentación no deben exceder la tarifa del hospital por habitación semiprivada).
 - Instalaciones de cuidados de enfermería especializada.
 - Centro de cuidados paliativos (hospicio) debido a lesión o enfermedad terminal, que incluyen:
 - Servicios de asesoría social para la familia del paciente.
 - Asesoría por duelo, hasta un año después del fallecimiento de la persona.
 - Transporte entre su casa y el hospital o centro de cuidados paliativos cuando sea médicamente necesario.
 - Hasta 14 horas de cuidado de atención de relevo en cualquier semana.
 - Centro de reinserción social o centro de tratamiento residencial, pero solo en la medida en que esté acreditado por Empire.
- Tratamiento, servicios y suministros para **salud mental y desórdenes por abuso de sustancias**, incluyendo hospitalización de pacientes y tratamiento residencial, hospitalización, tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios, desintoxicación ambulatoria y tratamiento para pacientes ambulatorios.
- **Procedimientos quirúrgicos para pacientes ambulatorios** en un hospital o en instalaciones quirúrgicas ambulatorias, a menos que dichas cirugías se puedan llevar a cabo normalmente en el consultorio. No obstante, los gastos cubiertos incluyen cargos solamente para el procedimiento primario.
- Servicios médicos para **trasplantes de órganos**, sujeto a las siguientes normas:
 - El trasplante debe estar cubierto por Medicare, incluyendo cumplir con los requisitos de cobertura de Medicare: clínicos, de instalaciones y de proveedor.
 - Debe utilizar cualquier programa de administración de casos recomendado por UNITE HERE HEALTH o designado.
 - Todos los beneficios para trasplantes con cobertura deben tener autorización previa por escrito por UNITE HERE HEALTH o designado.

- Los beneficios para gastos por donación solamente están disponibles en la medida en que el donante no cuente con otra cobertura.
- No se proporcionan beneficios si usted es el donante del órgano.
- Cargos de un centro de **servicios paliativos para pacientes ambulatorios** por lesión o enfermedad terminal, incluyendo:
 - Servicios de asesoría social para la familia del paciente.
 - Asesoría por duelo, hasta un año después del fallecimiento de la persona.
 - Transporte entre su casa y el hospital o centro de cuidados paliativos cuando sea médicamente necesario.
 - Hasta 14 horas de cuidado de atención de relevo en cualquier semana.
- **Exámenes previos a cirugía.**
- **Una visita al hogar del hospital** para atención posparto, pero solo si la estadía de la madre es de menos de 48 (o 96) horas y la visita es solicitada dentro de ese tiempo.
- **Quimioterapia, terapia por infusión y diálisis del riñón.**
- **Radioterapia**
- **Tratamiento en sala de emergencia (ER)**
- Transporte proporcionado por un **servicio de ambulancia profesional** al área de instalaciones médicas equipada para proporcionar el tratamiento requerido.
- Tratamiento en un **centro de urgencias.**
- **Cargos del consultorio por atención dental**, incluyendo anestesia, cargos por administración de anestesia, y otros servicios complementarios, cuando dichos servicios requieren de un ambiente institucional para administrar la atención dental con seguridad, que de otra manera tienen cobertura según las cláusulas de beneficios dentales del Plan, incluyendo servicios prestados a personas con condiciones médicas o conductuales que limiten considerablemente la habilidad de la persona de cooperar durante la administración necesaria de atención médica.
- **Servicios médicos profesionales y quirúrgicos proporcionados por un profesional de atención a la salud:**
 - Si más de un procedimiento quirúrgico se lleva a cabo a través de la misma incisión o por el mismo orificio natural del cuerpo durante la misma operación, los cargos permitidos para procedimientos secundarios y subsiguientes pueden ser reducidos.
 - Los gastos cubiertos no incluyen procedimientos incidentales llevados a cabo a través de la misma incisión durante la misma operación.
- Servicios profesionales de atención primaria proporcionados **en grupos médicos designados** (también llamados casas o grupos médicos centrados en los pacientes).
- Servicios proporcionados por el **Union Health Center.**

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(866) 261-5676**

UNITE HERE
HEALTH 

www.uhh.org
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(866) 261-5676**



www.uhh.org
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

- La **administración de medicamentos inyectables**, incluyendo inmunizaciones, que de otra forma están cubiertas por el Plan, administradas por un farmacéutico.
- Servicios para **mastectomías** incluyendo:
 - Reconstrucción de la mama en la cual se llevó a cabo la mastectomía.
 - Tratamiento quirúrgico y reconstrucción de la otra mama para producir un aspecto simétrico.
 - Prótesis de mamas.
 - Tratamiento de complicaciones físicas resultantes de la mastectomía, incluyendo linfedema.
- **Procedimientos de diagnóstico**, incluyendo rayos X, exámenes MRI/MRA (angiograma de resonancia magnética/imágenes por resonancia magnética), exámenes PET (tomografía por emisión de positrones), exámenes CAT (tomografía computarizada o CT scan), servicios de cardiología nuclear, exámenes de laboratorio y ultrasonidos.
- Tratamiento de **embarazo** y condiciones relacionadas con el embarazo, pero únicamente para pacientes del sexo femenino, esto incluye a las empleadas y a las esposas de los empleados. No obstante, los servicios de salud preventivos de rutina por embarazo de una hija dependiente son un gasto con cobertura.
- **Esterilización** electiva.
- Tratamiento administrado por un profesional de la salud o dentista para una **reducción abierta o cerrada de quijada fracturada o dislocada**, y reparación de lesiones a dientes sanos, naturales y las estructuras que los sostienen.
- Tratamiento de **tumores, quistes o lesiones**, incluyendo tumores, quistes o lesiones de la boca que no estén contempladas como de naturaleza dental por el proveedor dental contratado.
- **Terapia física, ocupacional y del habla** siempre y cuando:
 - Los servicios de terapia del habla para adultos son servicios con cobertura únicamente si el objetivo es restaurar la pérdida del habla como resultado de lesión o enfermedad.
 - Los servicios de terapia del habla para hijo/a dependiente son gastos con cobertura únicamente si son para:
 - Examen, detección y tratamiento de desórdenes del espectro autista.
 - Restauración, mejoramiento del habla para desórdenes del habla y retrasos en el desarrollo como resultado de enfermedad no crónica, trauma intrauterino, pérdida de audición, dificultad para tragar, o enfermedad aguda o lesión.
 - Tratamiento de retraso en el habla asociado con una enfermedad posible de diagnosticar específicamente, lesión o defecto congénito, por ejemplo, paladar y labio leporino.
- **Servicios quiroprácticos** para personas mayores de 15 años, limitado a 16 visitas por persona por año calendario (visitas adicionales pueden tener cobertura si cuentan con previa autorización por UNITE HERE HEALTH o designado).

- **Servicios del podólogo**, incluyendo podiatría rutinaria, limitada a cuatro visitas por persona por año calendario (visitas adicionales pueden tener cobertura si cuentan con previa autorización por UNITE HERE HEALTH o designado); y podiatría no rutinaria. La podiatría no rutinaria incluye, pero no se limita a callos, juanetes, callosidades, uñas de los pies, pies planos, arco caído, debilidad en los pies y esguinces crónicos.
- Los suministros quirúrgicos, vendajes quirúrgicos, yeso, tablillas, frenos y muletas.
- Anestesia, sangre y plasma sanguíneo, oxígeno y renta de equipo para su administración y servicios para terapia por infusión, incluyendo suministros, fluidos, medicamentos y alquiler de bombas.
- **Equipo médico de uso a largo plazo, no desechable (DME), ortopédicos y prótesis:**
 - Los beneficios de clase II están limitados a gastos cubiertos para suministros y equipo según lo requerido por la ley federal.
 - DME incluye dispositivos médicos necesarios no desechables, o artículos con prescripción, por ejemplo sillas de ruedas, camas tipo hospital, respiradores y sistemas de apoyo de vida, bombas de infusión, equipo de diálisis para el hogar, dispositivos de monitoreo, unidades de tracción para el hogar, bombas para extracción de leche materna de calidad hospitalaria, u otro equipo médico similar o suministros que sean aprobados para pago según Medicare o que son:
 - Utilizados principalmente para tratamiento o monitoreo de lesiones o enfermedades.
 - Que tienen la capacidad de uso repetitivo.
 - Que ayudan a mejorar la atención médica general de un paciente en un ambiente ambulatorio.
 - El pago del alquiler realmente incurrido calificará como gasto con cobertura si el DME solo se encuentra disponible para renta y no para compra.
 - Los precios de compra realmente incurridos calificarán como gasto con cobertura si el DME no puede ser alquilado.
 - Usted puede alquilar o comprar el DME, los gastos con cobertura pueden estar limitados al precio de compra del equipo si los gastos de la renta se espera que superen el precio de compra del equipo.
 - Si el DME es comprado, los gastos subsiguientes para reparación o mantenimiento también son gastos con cobertura.
- Isótopos radioactivos y radio.
- **Educación sobre la diabetes** o capacitación para el cuidado, supervisión o tratamiento de la diabetes, pero únicamente si se utiliza un proveedor adentro de la red.
- **Educación sobre la nutrición**, pero únicamente si se utiliza un proveedor adentro de la red.
- **Visitas al consultorio**, incluyendo visitas a un centro para el dolor crónico, una clínica de ginecología y obstetricia, una clínica pediátrica, una clínica de atención de urgencias, o una clínica de medicina familiar.

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(866) 261-5676**

**UNITE HERE
HEALTH**

www.uhh.org
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(866) 261-5676**



www.uhh.org
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

- **Servicios preventivos de atención a la salud** según lo requiere la ley federal, pero únicamente si se utiliza un proveedor adentro de la red:
 - Esto por lo general incluye los artículos o servicios con clasificación “A” o “B” por la Fuerza de Tarea de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (United States Preventive Services Task Force, o USPSTF), inmunizaciones rutinarias recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades, y Atención Preventiva y exámenes para lactantes, niños, adolescentes y mujeres (que no estén contemplados dentro de USPSTF) proporcionados en el lineamientos exhaustivos apoyados por la Administración de Recursos y Servicios para la Salud (HRSA)
 - Las bombas para la extracción de leche materna de calidad no hospitalaria están limitadas a una por embarazo y pueden ser proporcionadas con proveedores adentro de la red o afuera de la red. Los suministros relacionados con las bombas para la extracción de leche materna están limitadas a \$200 por embarazo.
 - El Plan también cubre exámenes prostáticos con antígeno específico para la próstata (PSA) para hombres, limitado a uno por año calendario para hombres mayores de 50 años, para hombres con un riesgo incrementado cuyas edades oscilen entre los 40 y los 49 años, y para hombres de cualquier edad con un historial anterior de cáncer prostático.
 - El Plan puede cubrir algunos servicios de atención preventiva de manera más liberal que lo que requiere la ley Federal (por ejemplo con mayor frecuencia o habilidades menores o mayores).
- **Terapia habilitante para niños con desórdenes del espectro autista (ASD)**, limitada a 30 horas por persona por semana y un total de 36 meses, sujeto a las normas siguientes:
 - El tratamiento debe dar inicio entre el 1 de junio de 2015 el 31 de mayo de 2018.
 - Su hijo/a debe tener por lo menos 2 años de edad pero no ser mayor de ocho.
 - Su hijo/a debe tener un diagnóstico válido de ASD y debe tener una edad mental prorrateada (PMA) por lo menos de 11 meses.
 - El tratamiento debe haber sido ordenado por un pediatra, por un psiquiatra o psicólogo infantil, u otro profesional de atención a la salud cuya licencia le permita ordenar la terapia.
 - El proveedor que supervise la terapia habilitante debe ser certificado por la Junta de Certificación de Analistas de la Conducta (Behavioral Analyst Certification Board o BACB) como Analista de la conducta certificado por la Junta o como Doctor Analista de la conducta certificado por la Junta o tener licencia médica que le permita supervisar este tipo de atención.
 - La persona que proporciona la terapia habilitante debe ser certificada por la BACB como Asistente de Analista de la conducta certificado por la Junta o como Técnico en la conducta registrado o tener una licencia médica que le permita proporcionar este tipo de atención.

- El Plan sólo pagará beneficios para los servicios suplementarios a terapias basadas en la escuela. No pagará beneficios para terapias basadas en escuela
- El Fondo o su designado deben autorizar con anterioridad el plan de tratamiento y la terapia habilitante antes de dar inicio al tratamiento. Las notas y el plan de tratamiento deben ser revisados por el Fondo o sus designados por lo menos dos veces al año y demostrar que:
 - Su hijo/a demuestra mejoría.
 - Usted (los padres) han recibido capacitación y participan en la terapia habilitante.
 - Usted sigue el plan de tratamiento.
- Únicamente para Clase I, **atención a la salud en el hogar** en lugar de atención como paciente hospitalizado.
- Únicamente para Clase I, **enfermería particular**.
- Únicamente para Clase 1, los gastos de **alimentación médica** son reembolsables a un máximo de \$2500 por persona por año calendario para personas con errores congénitos de metabolismo (IEM), siempre y cuando la alimentación médica sea:
 - Ordenada y utilizada bajo la supervisión de un profesional de atención a la salud.
 - La fuente principal de nutrición (más de la mitad de la ingesta por individuo).
 - Etiquetada y utilizada para administración dietética del IEM.

La alimentación médica está especialmente formulada y procesada y no es comida natural que se utiliza en estado natural. La alimentación médica incluye fórmulas médicas especiales y alimentos de baja proteína que cumplen con los requisitos anteriores. Los suplementos nutritivos no son alimentos médicos.

Beneficio para viajes y hospedaje

Únicamente para Clase I, el Plan puede reembolsarle determinados gastos si usted o sus dependientes con cobertura necesitan atención especializada que se encuentra a más de 50 millas de su hogar (y todos los viajes se encuentran dentro del territorio de los Estados Unidos) para trasplantes, tratamiento relacionados con el cáncer, o para tratamientos de defectos congénitos del corazón. Si usted participa en el programa de administración de casos y recibe autorización previa, podrá recibir reembolso para viaje, hospedaje y costos de comida elegibles, incluyendo los costos para un acompañante (dos si se trata de un paciente menor de edad), hasta un máximo de \$10,000 por episodio de atención, con un máximo de \$250 al día para costos de hospedaje y alimentación elegibles. Deberá presentar comprobantes originales. Si usted es donante de un órgano de trasplante o participa en un ensayo clínico, sus gastos no son reembolsables. Comuníquese con UNITE HERE HEALTH para obtener más detalles, incluyendo detalles específicos con respecto al reembolso y sobre qué gastos son elegibles.

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(866) 261-5676**

UNITE HERE
HEALTH

www.uhh.org
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(866) 261-5676**

**UNITE HERE
HEALTH**

www.uhh.org
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

Lo que no está cubierto

Adicionalmente a las Exclusiones y Limitaciones Generales del Plan, que aparecen en su SPD, no se proporcionarán beneficios médicos para:

- Cargos para cirugías de pacientes ambulatorios llevadas a cabo en instalaciones quirúrgicas ambulatorias si dichas cirugías normalmente se llevarían a cabo en el consultorio.
- Tratamiento quirúrgico de desórdenes de articulación temporomandibular (TMJ), desórdenes craneofaciales, desórdenes ortognáticos, a menos que éstos sean preaprobados por el Fondo o su designado y requeridos para artritis reumatoide severa que involucre varias articulaciones con patología significativa, lesiones traumáticas que causen ruptura del disco o ligamento o perforaciones de ligamento, o la remoción de prótesis que presenten un riesgo médico latente para el paciente.
- Operaciones del maxilar o procedimientos quirúrgicos para modificar los maxilares, incluyendo, pero no limitados a procedimientos de osteoplastia y genioplastia.
- Aumento de cresta alveolar o procedimientos de implantes, ya sea con materiales naturales o artificiales, para estabilizar o de otra manera alterar los dientes naturales o artificiales.
- Cualquier Extracción Dental.
- Exámenes de la vista, reparaciones, anteojos, aparatos dentales (prótesis), a menos que esos servicios y suministros sean requeridos para el tratamiento de una lesión accidental.
- Atención quiropráctica para un niño/a antes del primer día del mes después de su cumpleaños número 15.
- Laboratorio, rayos X, o servicios por imágenes de lugares en los que el médico que lo refiere o su familiar inmediato tiene un interés o relación financiera.
- Algunos servicios preventivos de atención a la salud hasta lo requerido por la ley federal.
- Medicamentos con receta, aparte de aquellos que se consumen o administran en el lugar en donde son dispensados.
- Acupuntura.
- Únicamente para Clase II:
 - Atención a la salud en el hogar.
 - Cuidados de enfermera privada.
 - Alimentos médicos.
 - Equipo médico de uso a largo plazo, aparatos ortopédicos y prótesis, excepto lo que esté específicamente cubierto por el Plan.
 - Tratamiento, servicios, y suministros recibidos de proveedores afuera de la red, excepto lo específicamente cubierto por el Plan.
 - Gastos de viaje, hospedajes y comida.