General

Same-sex marriage allowed nationally; domestic partner coverage eliminated

Effective January 1, 2016

Now that all states must allow same-sex marriage, domestic partners will no longer be considered dependents under this Plan. However, if your same-sex domestic partner is enrolled in the Plan on December 31, 2015, you may be able to continue his or her coverage. The Plan will recognize your same-sex domestic partner as your dependent if all of the following are true:

- Your domestic partner met the Plan's eligibility rules and is enrolled on December 31, 2015.
- Your domestic partner continues to qualify as a dependent under the Plan's rules (subject to the Plan's eligibility and termination rules.)
- You do not disenroll your domestic partner on or after January 1, 2016.
- You are not required to re-establish initial eligibility on or after January 1, 2016.

If any of these conditions are not true, your partner must be your legal spouse in order to be considered your dependent.

Philadelphia Fund office closed

The Fund office located in Philadelphia is no longer open.

You can contact the Fund office located in Atlantic City at (888) 437-3480 or 1801 Atlantic Avenue, Suite 200, Atlantic City, NJ 08401.

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).

This SMM addresses changes to all benefits in your SPD and may include changes and benefits that don't apply to you based on your or your employer's elections.

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.

Updates to Your Benefits

UNITE HERE HEALTH

(888) 437-3480

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

Updates to Your Benefits

UNITE HERE HEALTH

(888) 437-3480

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

General (continued)

Fund pays secondary to automobile insurance policies

Effective November 1, 2015

This Plan coordinates benefits when you have other insurance as described in your Summary Plan Description. This Plan always pays secondary to automobile insurance policies (including but not limited to "no fault" coverage with personal injury protection (PIP). If you live in New Jersey or another state that requires PIP, you may need to choose whether your auto or medical insurance will pay as primary if you get an in accident. Even if you choose your medical plan as primary, this Plan will only pay secondary to your auto policy. You may want to keep this information handy when you purchase or renew an auto insurance policy to avoid any potential additional deductibles, premiums or penalties under your auto policy. Call the Fund with any questions.

Certificates of coverage no longer sent

Effective June 29, 2015

UNITE HERE HEALTH used to send a certificate of creditable coverage to you when you lost coverage. These certificates showed your new plan that any pre-existing condition exclusion should not apply to you. However, federal law doesn't let plans exclude pre-existing conditions any more. In order to make sure your money is spent on healthcare instead of administrative costs, UNITE HERE HEALTH no longer mails certificates of coverage when eligibility ends. You can still request a certificate of coverage within 24 months of the date your eligibility ends by calling UNITE HERE HEALTH.

Medical

Ambulance benefit changes to copay

Effective February 1, 2015

You now pay a $130 copay for all covered professional ambulance transportation. The Plan pays the rest, up to the negotiated rate, if any, or billed charges. Previously, you paid 20% coinsurance after the deductible and could be balance billed by a non-network provider.

Medical (continued)

Pre-certification no longer required for colonoscopies

Effective July 1, 2015

You no longer need to pre-certify benefits for routine or non-routine colonoscopies.

Home health services clarification

Home health services, including home IV infusion therapy services, do require pre-certification. Remember, you are responsible for pre-certifying benefits when you use non-network providers.

Limited extension of medical benefits removed

Effective January 1, 2016

If you lose eligibility, you have the right to COBRA coverage to continue all of your medical and pharmacy benefits.

However, the limited, three-month extension of medical benefits will no longer be offered after your coverage ends due to total disability. This limited extension only covered treatment for your total disability, and did not cover prescription drugs or other medical treatment.

If you lose eligibility, in addition to COBRA coverage, you may also have options available through a Health Insurance Marketplace (visit www.healthcare.gov for more information).

Diagnostic imaging correction

Your SPD incorrectly states that diagnostic imaging is not covered when provided by non-network providers. However, the Plan pays 50% after your deductible for non-network diagnostic imaging at a hospital outpatient department or free-standing facility.

Urgent care clarification

You pay a $10 copay for visits to a network urgent care center, and 50% coinsurance after you satisfy the deductible for visits to a non-network urgent care center.

Get answers to all your questions:

(888) 437-3480

UNITE HERE HEALTH

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

Medical (continued)

Age and frequency rule clarification

The Plan sometimes limits coverage for certain treatments, services, and supplies based on age or frequency rules. If you don't meet those age or frequency rules, you must pay the entire cost of the service.

For example, both age and frequency rules apply to the Plan's coverage of routine pap smears (cervical cancer screenings), as shown below.

Type of Service	Who Is Eligible for the Screening *(Age Limits)*	How Often the Screening Is Covered *(Frequency Rules)*
Routine Pap Smears	Women age 21 to 65 who still have a cervix	• Pap smear testing alone: once every 3 years • Pap smear and HPV (human papillomavirus) testing combined: once every 5 years

This means you must pay the entire cost of the screening if you are:

- Under age 21;
- Age 65 or older;
- Age 21 to 65 years old, but have routine pap smear testing more frequently than every 3 years; or
- Age 21 to 65 years old, but have routine pap smear and HPV combined testing more frequently than every 5 years.

If you are eligible for coverage based on the Plan's age limits and frequency rules, then coverage for the screenings is 100% when you use a network provider and 50% (after the deductible) when you use a non-network provider.

Get answers to all your questions:

(888) 437-3480

UNITE HERE HEALTH

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

Pharmacy

Changes were made to your prescription drug benefits to save you money

Effective April 1, 2016

Please note the changes to the specialty pharmacy!

Make sure you understand!

✔	Walgreens **SPECIALTY** Pharmacy	**Yes!**
✘	Walgreens **RETAIL** Pharmacy	**No!**

For specialty drugs, you MUST use the specialty mail-order pharmacy:

Walgreens Specialty Pharmacy
(877) 647-5807

For specialty drugs, you MUST use the specialty mail-order pharmacy: Walgreens Specialty Pharmacy: (877) 647-5807.

No benefits are paid for specialty drugs unless you use the specialty mail-order pharmacy. The only exception to this rule is for drugs to treat HIV/AIDs. You should use the specialty mail-order pharmacy to get your specialty drugs to treat HIV/AIDS, but you can also get them from a retail pharmacy or from the regular mail-order pharmacy.

For regular prescription medications, Walgreens retail pharmacies are still out of network!

You will not get pharmacy benefits if you use a Walgreens retail pharmacy for your regular prescription medications.

Change to where you can get non-sedating antihistamines

Non-sedating antihistamines, used to treat allergies, are only covered through the UNITE HERE HEALTH Health Center.

Get answers to all your questions:

(888) 437-3480

UNITE HERE HEALTH

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

Pharmacy *(continued)*

Drugs must be approved by the FDA

Only prescription medications that are approved by the Food & Drug Administration (FDA) will be covered. The FDA reviews all prescription medications to make sure they are safe and effective. If you are already taking a prescription medication that has not been approved by the FDA, the Plan will work with your healthcare professional to determine the alternative FDA-approved treatments. Many of the drugs that have not been approved by the FDA have been categorized by the FDA as "less than effective for all indications".

Examples of medications not approved by the FDA: Hydrocort AC and Anucort AC, both used for the treatment of hemorrhoids.

Certain new drugs are excluded

High-cost medications that are very similar to medications already available are not covered. These drugs are sometimes called "me-too" drugs. "Me-too" drugs usually have only very small differences in how they work, but are considered "new" medications with no generic equivalent. Often, the manufacturer charges high prices for these medications even though there are other medications available that work just as well for a lower cost. The Plan may make exceptions to this rule based on your medical condition and history. Your healthcare professional can contact the Fund to get prior authorization for these types of medications.

Examples of "me-too" medications are: Glumetza (to treat diabetes) and Vimovo (to treat arthritis pain).

Pharmacy case management program now available

You now have access to a pharmacy case management program. The pharmacy case managers may contact you if you take high-cost or specialty drugs. This program will help you make sure you are taking your high-cost or specialty drugs the way you are supposed to. The case managers can also help you manage and monitor your condition, and answer questions about your prescription medications. Be sure you talk to the case managers if they reach out to you!

Get answers to all your questions:

(888) 437-3480

UNITE HERE HEALTH

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

Pharmacy *(continued)*

Clarification for tobacco cessation products

Effective April 1, 2013

Your SPD may say that only over-the-counter tobacco cessation products are covered as preventive care. However, your Plan covers over-the-counter products, generic prescription medications, plus Chantix at 100%—you pay $0. You must have a prescription and get these products through Catamaran. There may be a limit on how much you can get at one time, and there may be a limit on how often you can get these products at no cost.

Call with questions about getting preventive drugs or tobacco cessation prescription medications and supplies.

Catamaran
(866) 884-4176

Get answers to all your questions:

(888) 437-3480

UNITE HERE HEALTH

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

General

Autorizan el matrimonio entre personas del mismo género, a nivel nacional; se anula la cobertura para compañeros de vida.

Vigente a partir del 1 de enero de 2016

Ahora que todos los estados permiten el matrimonio entre personas del mismo género, los compañeros de vida dejarán de considerarse dependientes dentro de este Plan. No obstante, si su compañero de vida del mismo género se inscribe en el Plan el 31 de diciembre de 2015, usted podrá extender su cobertura. El Plan reconocerá como dependiente a su compañero de vida del mismo género si cumple con los siguientes requisitos:

- Su compañero de vida cumple con las condiciones de elegibilidad del Plan y se inscribe el 31 de diciembre de 2015.
- Las condiciones del Plan determinan que su compañero de vida sigue siendo elegible como dependiente (de acuerdo con las normas de elegibilidad y de finalización del Plan).
- Usted no anula la inscripción de su compañero de vida, en el Plan, el 1 de enero de 2016 o luego de esa fecha.
- No es necesario que usted vuelva a establecer la elegibilidad inicial el 1 de enero de 2016 o luego de esa fecha.

Si no se cumple alguna de las condiciones detalladas, su compañero de vida deberá convertirse en su cónyuge para poder gozar de los beneficios del Plan como dependiente.

Este documento presenta un Resumen de las modificaciones de materiales (SMM, según sus siglas en inglés), según la Ley de seguridad de ingresos para los empleados jubilados (ERISA, según sus siglas en inglés), de 1974, según enmienda, y sintetiza las medidas que acaba de tomar el Consejo administrativo de UNITE HERE HEALTH. Describe cambios administrativos y modificaciones en los beneficios que afectan la información incluida en la Descripción resumida del Plan (SPD, según sus siglas en inglés).

El SMM aborda los cambios que afectan todos los beneficios presentes en la SPD y puede incluir modificaciones y beneficios que no rigen en su caso particular, según las elecciones que realiza su empleador.

Lea con atención la información y guárdela junto con su SPD, para futura referencia. Excepto por lo descrito en el SMM, la información que contiene el SPD continúa vigente.

Actualizaciones a Sus Beneficios

UNITE HERE HEALTH

(888) 437-3480

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

Actualizaciones a Sus Beneficios

General *(continuación)*

Cierra la Oficina del Fondo de Philadelphia

La Oficina del Fondo de Philadelphia ya no abrirá sus puertas.

Puede contactar la Oficina del Fondo ubicada en Atlantic City, al (888) 437-3480 o 1801 Atlantic Avenue, Suite 200, Atlantic City, NJ 08401.

El Fondo paga como cobertura secundaria las pólizas de seguro automotor

Vigente a partir del 1 de noviembre de 2015

Este Plan coordina los beneficios cuando usted posee otro seguro médico, tal como se explica en la en la Descripción resumida del Plan (SPD). Este Plan siempre paga como cobertura secundaria a las pólizas de seguro automotor (incluido, de forma enunciativa, pero no limitativa, el seguro "sin culpa" con Protección contra lesiones personales [PIP, según sus siglas en inglés]). Si usted vive en Nueva Jersey u otro estado que exige una PIP, deberá elegir qué cobertura de seguro pagará como primaria, si la automotriz o la médica, en caso de accidente. Incluso si designa su seguro médico como cobertura primaria, este Plan pagará como cobertura secundaria su seguro automotor. Le recomendamos tener esta información a mano, al contratar una póliza de seguro automotor o renovarla, para evitar que su seguro automotor le imponga algún tipo de deducible, prima o sanción adicional. Comuníquese con el Fondo, en caso de preguntas.

Ya no se enviarán certificados de cobertura

Vigente a partir del lunes, 29 de junio de 2015

Cuando un beneficiario perdía su cobertura, UNITE HERE HEALTH solía enviarle un certificado de cobertura meritoria. Este certificado le indicaba a su nuevo plan que no debía aplicarse ningún tipo de exclusión por enfermedades preexistentes. No obstante, la ley federal ya no permite que los planes realicen este tipo de exclusiones. Para garantizar que su dinero es invertido en atención médica y no en gastos administrativos, UNITE HERE HEALTH ya no enviará certificados de cobertura, una vez finalizada la elegibilidad del paciente. De igual forma, usted puede llamar a UNITE HERE HEALTH para solicitar un certificado de cobertura, en los 24 meses siguientes a la fecha termina su elegibilidad.

UNITE HERE HEALTH

(888) 437-3480

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

Atención Médica

Cambios en el copago de los traslados en ambulancia

Vigente a partir del 1 de febrero de 2015

Desde ahora, los traslados profesionales en ambulancia que estén cubiertos exigirán un copago de $130. El Plan cubrirá el resto, hasta la tarifa acordada, si existe, o los cargos facturados. Antes, el beneficiario abonaba un coseguro del 20%, una vez cubierto el deducible, y podía facturarlo un prestador que no pertenecía a la red, en concepto de liquidación de saldo.

Ya no es necesaria una autorización previa para las colonoscopias

Vigente a partir del 1 de julio de 2015

Los beneficiarios ya no deberán conseguir una autorización previa para practicarse una colonoscopia rutinaria o no rutinaria.

Aclaración sobre los servicios de atención médica a domicilio

Los servicios de atención médica a domicilio, incluidos los de terapia de infusión intravenosa (IV) en el hogar, requieren autorización previa. Recuerde que, al utilizar prestadores médicos que están fuera de la red, usted es responsable de conseguir la autorización previa de las prestaciones.

La extensión limitada de beneficios médicos ya no está disponible

Vigente a partir del 1 de enero de 2016

En caso de perder la elegibilidad, usted tiene derecho a acceder a la cobertura COBRA, para seguir recibiendo todos los beneficios médicos y farmacéuticos.

No obstante, una vez que la cobertura finalice por invalidez absoluta, ya no se ofrecerá la extensión limitada de tres meses para percibir los beneficios médicos. La extensión limitada sólo cubría tratamientos por invalidez absoluta, pero no, medicamentos recetados ni otros tratamientos médicos.

En caso de perder la elegibilidad, además de la cobertura COBRA, aún se pueden encontrar otras opciones mediante el Mercado de seguros médicos (ingrese en www.healthcare.gov, para obtener más información).

Obtenga respuesta a todas sus preguntas:

(888) 437-3480

UNITE HERE HEALTH

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

Atención médica *(continuación)*

Corrección sobre la práctica de diagnóstico por imágenes

La SPD indica, de forma errónea, que el Plan no cubre la práctica de diagnóstico por imágenes, cuando la realiza un prestador médico que no pertenece a la red. No obstante, si el diagnóstico por imagen se realiza en el servicio ambulatorio de un hospital o en una clínica médica independiente que no pertenece a la red, el Plan cubrirá el 50% del costo, una vez cubierto el deducible.

Aclaración sobre la atención de emergencia

Las consultas en los centros de emergencia de la red conllevan un copago de $10, y las consultas en unidades de emergencia que están fuera de la red, un coseguro del 50%, una vez cubierto el deducible.

Tipo de servicio	Quién cumple con los requisitos para el estudio médico? *(límites de edad)*	Con qué frecuencia se cubre el estudio médico? *(normas de frecuencia)*
Papanicolau de rutina	Mujeres de entre 21 y 65 años que aún tienen el cuello uterino	• Papanicolau solo: uno cada tres años • Estudio conjunto de papanicolau y PVH (virus del papiloma humano): uno cada cinco años

Aclaración sobre las normas de edad y frecuencia

En ciertos casos, el Plan limita la cobertura de tratamientos, servicios e insumos específicos, de acuerdo con las normas de edad o frecuencia. Si usted no cumple con ellas, debe abonar la totalidad del servicio.

Por ejemplo, las normas de edad y frecuencia se aplican al tener que realizarse un papanicolau de rutina (pruebas de detección de cáncer de cuello uterino), como se muestra a continuación.

Esto significa que el beneficiario deberá pagar el costo total del estudio, en los siguientes casos:

- Si es menor de 21 años.
- Si tiene 65 años o más.
- Si tiene entre 21 y 65 años, pero se realiza más de un papanicolau de rutina cada tres años.

Obtenga respuesta a todas sus preguntas:

(888) 437-3480

UNITE HERE HEALTH

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

Atención médica (continuación)

- Si tiene entre 21 y 65 años, pero, como rutina, se realiza más de un estudio conjunto de papanicolau y PVH cada cinco años.

Si usted cumple con los requisitos de límite de edad y frecuencia del Plan, la cobertura de los estudios será total, en el caso de tratarse con un prestador de la red, y del 50% (una vez cubierto el deducible), al acceder a un prestador que no pertenezca a la red.

Farmacia

Se realizaron cambios en los beneficios de los medicamentos recetados, para ahorrar dinero

Vigente a partir del 1 de abril de 2016

¡Tenga en cuenta los cambios en las farmacias especializadas!

¡No se quede con ninguna duda!

✔	Farmacia **ESPECIALIZADA** *Walgreens*	**¡Sí!**
✘	Farmacia **MINORISTA** *Walgreens*	**¡No!**

Los medicamentos especiales DEBEN solicitarse mediante la farmacia de pedidos de medicamentos especializados por correo:

Walgreens Specialty Pharmacy
(877) 647-5807

Los medicamentos especiales DEBEN solicitarse mediante la farmacia de pedidos de medicamentos especializados por correo: Walgreens Specialty Pharmacy: (877) 647-5807.

No se pagan beneficios por medicamentos especializados a menos que se utilice la farmacia de pedidos de medicamentos especializados por correo. La única excepción se realizará con los medicamentos para el tratamiento del VIH/SIDA. Aunque los medicamentos especiales para el tratamiento del VIH/SIDA deben solicitarse por la vía mencionada anteriormente, también se pueden conseguir en una farmacia minorista o a través de la farmacia de pedidos por correo normal.

Obtenga respuesta a todas sus preguntas:

(888) 437-3480

UNITE HERE HEALTH

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

Farmacia (continuación)

¡Si necesita comprar medicamentos con receta médica normal, recuerde que las farmacias minoristas Walgreens aún están fuera de la red!

Las farmacias minoristas Walgreens no aplican ninguno de los beneficios farmacéuticos del Plan.

Cambios en cuanto a los lugares donde se pueden conseguir antihistamínicos no sedativos

Los antihistamínicos no sedativos, que sirven para tratar las alergias, sólo pueden adquirirse en el Centro médico de UNITE HERE HEALTH.

Los medicamentos deben tener la aprobación de la FDA

El Plan sólo cubrirá los medicamentos con receta que tengan la aprobación de la Agencia estadounidense de alimentos y medicamentos (FDA, según sus siglas en inglés). La FDA analiza todos los medicamentos que necesitan receta para asegurarse de que sean seguros y efectivos. Si usted toma un medicamento recetado que aún no ha recibido la aprobación de la FDA, el Plan trabajará con su médico para encontrar tratamientos alternativos que tengan la autorización de la FDA. La FDA define muchos de los fármacos que no ha aprobado como "menos que eficaces para todas las indicaciones."

Ejemplos de medicamentos que no tienen la aprobación de la FDA: Hydrocort AC y *Anucort AC*, ambos para el tratamiento de hemorroides.

Exclusión de algunos medicamentos nuevos

El Plan no cubre medicamentos costosos que son muy similares a otros que están disponibles. En muchos casos, estos medicamentos reciben el nombre de "genéricos." En la mayoría de los casos, los "genéricos" presentan pequeñas diferencias en su funcionamiento, pero se consideran "nuevos" medicamentos sin un equivalente genérico. A menudo, los laboratorios farmacéuticos cobran precios elevados por este tipo de medicamento, incluso cuando existen otros, en el mercado, con el mismo nivel de efectividad y a un costo menor. El Plan puede llegar a efectuar excepciones según la

Obtenga respuesta a todas sus preguntas:

(888) 437-3480

UNITE HERE HEALTH

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

Farmacia *(continuación)*

enfermedad y el historial médico del paciente. Su médico puede ponerse en contacto con el Fondo, para obtener autorización previa, para estos tipos de medicamentos.

Ejemplos de medicamentos "genéricos": Glumetza (para tratar la diabetes) y *Vimovo* (para aliviar el dolor que provoca la artritis).

Lanzamiento del Programa de gestión de casos farmacéuticos

Ahora, tendrá acceso al Programa de gestión de casos farmacéuticos. Los encargados de los casos farmacéuticos pueden contactarlo si usted toma medicamentos costosos o especiales. El programa le ayudará a asegurarse que toma medicamentos costosos o especiales, de forma correcta y segura. Asimismo, los encargados de los casos lo asesorarán sobre su enfermedad y cómo controlar la situación, y responderán diferentes preguntas sobre los medicamentos con receta. ¡Asegúrese de aclarar sus dudas con los encargados de los casos si se comunican con usted!

Aclaración sobre los productos para dejar el tabaco

Vigente a partir del lunes, 01 de abril de 2013

Si bien la SPD puede indicar que, a modo de cuidado preventivo, el Plan sólo cubre los productos para dejar el tabaco que son de venta libre, sin embargo, su plan cubre productos de venta libre, medicamentos genéricos con receta y, además, *Chantix*, al 100 %. Usted no paga nada. Para adquirir estos productos, usted debe solicitarlos con la receta correspondiente a *Catamaran*. La cantidad de productos que se puede solicitar al mismo tiempo y la frecuencia de los pedidos pueden tener un límite.

Comuníquese con nosotros si tiene dudas sobre cómo obtener medicamentos preventivos o medicamentos e insumos para dejar de fumar que necesitan receta.

Catamaran
(866) 884-4176

Obtenga respuesta a todas sus preguntas:

(888) 437-3480

UNITE HERE HEALTH

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