



Updates to Your Benefits

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.

MEDICAL/PRESCRIPTION DRUG

Change in coverage for Hepatitis C prescription medications

Effective April 1, 2015

- **Only interferon, ribavirin, Sovaldi and Harvoni are covered for treatment of Hepatitis C.** Other Hepatitis C medications, such as Viekira and Olysio, are not covered.
- **You must use the specialty pharmacy, BriovaRx, to get your prescription medications for Hepatitis C treatment.** No benefits are paid if you do not buy them through BriovaRx.

Catamaran's Specialty Pharmacy —

Call BriovaRx: (855) 427-4682

www.mycatamaranrx.com

New travel and lodging benefit

Effective July 1, 2015

Need to travel for specialized care? A new benefit will be available to help with travel, lodging and meal costs if you or your covered dependents need specialized care more than 50 miles away from home (if all travel is within the United States) for:

- Transplants;
- Cancer-related treatments; and
- Congenital heart defect care.

You can receive reimbursement for eligible travel, lodging and meal costs, including costs for one companion (two if the patient is a minor child).

The benefit is limited to \$10,000 per episode of care, with a maximum of \$250 per day for eligible lodging and meal costs; original receipts are required. You must participate in the case management program and precertification is required. If you are the donor of a transplanted organ or participate in a clinical trial, your expenses are not reimbursable.

More details about the benefit, including specifics regarding reimbursement and what expenses are eligible, will be provided upon request.

Questions? Call your Care Coordinators at (866) 686-0003

Habilitative therapy for children with autism covered

Effective for treatment that begins between June 1, 2015 and May 31, 2018

The Plan will cover habilitative therapy for children with Autism Spectrum Disorders (ASD). If you use a network provider, you pay \$10 per day of treatment. The Plan pays the rest of the cost. If you use a non-network provider, you will pay the non-network coinsurance and deductibles.

Up to 30 hours of such habilitative therapy will be covered each week. The Plan will cover up to 36 months of habilitative therapy, starting on the first day the Plan pays for a habilitative therapy visit.

“Habilitative therapy” includes applied behavioral analysis (ABA) therapy and similar types of treatment. It does not include physical, speech or occupational therapy. (See your SPD for more information about how the Plan covers physical, speech and occupational therapy.)

The following rules apply to habilitative therapy for children with ASD:

- Your child must be at least 2 years old, but not older than 8 years old.
- Your child must have a valid diagnosis of ASD, and have a prorated mental age of at least 11 months.
- The therapy must be ordered by a pediatrician, child psychiatrist or child psychologist.
- 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.

Call your Care Coordinators:

(866) 686-0003

to precertify habilitative therapy for children with ASD

- The person providing the habilitative therapy must be certified by the BACB as a Board Certified Assistant Behavioral Analyst or Registered Behavioral Technician.
- If school-based therapy is available, the Plan will only pay benefits for those services that supplement the school-based therapy. No benefits will be paid for school-based therapy.
- The habilitative therapy and treatment plan must be precertified by the Fund before treatment begins. The treatment notes and treatment plan must be reviewed by the Fund at least twice a year, and must show that:
 - Your child is demonstrating improvement;
 - You (the parents) are trained to, and do, participate in the habilitative therapy; and
 - You follow the treatment plan.

If the above rules are not met, future habilitative therapy for children with ASD may be denied, even if the 36-month maximum has not been met. No further Plan benefits will be paid for a course of habilitative therapy that starts on or after June 1, 2018.

Routine colonoscopies now covered

Effective July 1, 2015

- **If you use a network provider, you can get a routine colonoscopy at no cost to you.** One routine colonoscopy will be covered every 10 years once you turn 50.
- **If you are at high risk for colorectal cancer, your routine colonoscopy will be covered at no cost to you every 24 months.** You are “high risk” if someone in your immediate family had colorectal cancer or if you had colorectal cancer.
- **If you use a non-network provider, the routine colonoscopy will not be covered.**

Questions? Call your Care Coordinators at (866) 686-0003

Medical food benefit expanded; precertification required

Effective April 1, 2015

If you have an inborn error of metabolism (IEM) and require medical foods, you may qualify for reimbursement of the cost of your medical foods. This benefit is no longer limited to persons with phenylketonuria (PKU).

You must call to precertify the benefit before you can be reimbursed for medical food costs.

Remember, the Plan will reimburse 100% of the cost of medical foods up to \$2,500 per person per calendar year, provided the medical food is:

- Ordered by and used under the supervision of a healthcare professional;
- The primary source of nutrition for the patient (more than half the intake for the individual); and
- Labeled and used for the dietary management of IEM.

Your mental health/substance abuse benefits

The chart below shows your cost for mental health/substance abuse services. This summary clarifies the benefits for certain levels of care that may have been unclear in the past. Additionally, you can receive covered mental health/substance abuse services from any healthcare professionals acting within the scope of their license effective April 1, 2015.

What You Pay for Mental Health/Substance Abuse Services		
Covered Services	Network	Non-Network
Inpatient Treatment, including Residential Treatment <i>Benefits may be reduced by \$150 or denied entirely if the Care Coordinators are not contacted.</i>	Class I: Deductible and 10% coinsurance	Deductible and 50% coinsurance
	Class II: Deductible and 20% coinsurance	
	Class III: Deductible and 10% coinsurance	
Office Visits	\$10 per visit	Deductible and 50% coinsurance
Partial Hospitalization, Intensive Outpatient and Ambulatory Detoxification	Class I: Deductible and 10% coinsurance	Deductible and 50% coinsurance
	Class II: Deductible and 20% coinsurance	
	Class III: Deductible and 10% coinsurance	

Alternate indemnity plan discontinued

Effective April 1, 2015, the alternate indemnity plan is not an available option.

Questions? Call your Care Coordinators at (866) 686-0003

VISION

The following change only applies to Classes I & II.

Vision exams for employees under age 19 do not apply to your vision benefit maximum

Effective July 1, 2015

When the Plan pays benefits for an employee's vision care, such as exams, frames and lenses, the cost of this care counts toward the maximum benefit that is paid for all your vision care. **If you are an employee under age 19, the cost of your eye exam will not count toward the maximum benefit the Plan will pay for your vision care.** The cost of any frames, lenses or contacts will still apply to your maximum benefit.

LIFE and AD&D

Accidental Death & Dismemberment (AD&D) "extra" benefits are based on your Life benefit amount

Your AD&D benefit includes education, seat belt and air bag benefits. These additional benefits are calculated as a percent of your Life benefit amount. Your SPD incorrectly states that these benefits are a percent of the AD&D benefit amount.

IMPORTANT INFORMATION ABOUT HEALTHCARE REFORM

UNITE HERE HEALTH believes that your plan is a grandfathered health plan under the Patient Protection and Affordable Care Act (the Affordable Care Act). As permitted by the Affordable Care Act, a grandfathered health plan can preserve certain basic health coverage that was already in effect when that law was enacted on March 23, 2010. As a grandfathered plan, your plan must comply with various benefit changes required by the Affordable Care Act, including for example, the elimination of lifetime limits on benefits. However, please note that grandfathered plans are not required to implement all benefit changes provided for in the Affordable Care Act.

If you have questions about which provisions of the Affordable Care Act apply to a grandfathered health plan, which provisions do not and what actions by the plan might cause it to lose grandfathered status, contact the plan administrator at (866) 686-0003 or mail your questions or complaints to: Chief Executive Officer, UNITE HERE HEALTH, P.O. Box 6020, Aurora, Illinois 60598-0020

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

Questions? Call your Care Coordinators at (866) 686-0003

Changes to rules for signing up your dependents for coverage

Effective July 1, 2015

- **A marriage license must include the marriage certificate.** A marriage license only shows that you and your spouse have applied to get married; it does not show that you and your spouse are actually married. Your marriage license will only be considered proof of your marriage to your spouse if:
 - It includes the date of your marriage AND
 - It includes the marriage certificate.
- **English translations of documents are no longer required.** In order to enroll a spouse or child, you must show that the spouse or child meets the Plan's definition of a "dependent." The Plan has a list of documents that you can use to show your spouse or child is a dependent.

New rules added to your plan

Effective July 1, 2015

Non-Assignment of Claims

You may not assign your claim for benefits under the Plan to a non-network provider without the Plan's express written consent. A non-network provider is any doctor, hospital or other provider that is not in a PPO or similar network of the Plan.

This rule applies to all non-network providers, and your provider is not permitted to change this rule or make exceptions on their own. If you sign an assignment with them without the Plan's written consent, it will not be valid or enforceable against the Plan. This means that a non-network provider will not be entitled to payment directly from the Plan and that you may be responsible for paying the provider on your own and then seeking reimbursement for a portion of the charges under the Plan rules.

Regardless of this prohibition on assignment, the Plan may, in its sole discretion and under certain limited circumstances, elect to pay a non-network provider directly for covered services rendered to you. Payment to a non-network provider in any one case shall not constitute a waiver of any of the Plan's rules regarding non-network providers, and the Plan reserves all of its rights and defenses in that regard.

Commencement of Legal Action

The following language is added to the top of the second page of the "Benefits at a Glance" section, as well as the "General Claim Provisions" section, of your SPD:

Neither you, your beneficiary, nor any other claimant may commence a lawsuit against the Plan (or its Trustees, providers or staff) for benefits denied until the Plan's internal appeal procedures have been exhausted.

If you finish all internal appeals and decide to file a lawsuit against the Plan, that lawsuit must be commenced no more than 12 months after the date of the appeal denial letter. If you fail to commence your lawsuit within this 12 month timeframe, you will permanently and irrevocably lose your right to challenge the denial in court or in any other manner or forum. This 12 month rule applies to you and to your beneficiaries and any other person or entity making a claim on your behalf.

Questions? Call your Care Coordinators at (866) 686-0003



Cambios a Sus Beneficios

Esta notificación constituye un Resumen de las Modificaciones a los Materiales (SMM, por sus siglas en inglés) en conformidad con la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 y sus enmiendas, y describe las últimas decisiones tomadas por el Consejo de Fideicomisarios de UNITE HERE HEALTH. Aquí se describen los cambios administrativos y a los beneficios que afectan la información incluida en la Descripción Resumida del Plan (SPD, por sus siglas en inglés).

Por favor, lea atentamente esta información atentamente y guárdela junto con su SPD para futura referencia. Independientemente de las modificaciones que se describen en este SMM, la información que figura en su Descripción Resumida del Plan y los SMM aplicables continúan vigentes.

MÉDICOS/MEDICAMENTOS DE VENTA BAJO RECETA

Cambio en cobertura para medicamentos prescritos para Hepatitis C

Efectivo a partir de 1º de Abril de 2015

- **Sólo se cubren interferon, ribavirin, Sovaldi y Harvoni para el tratamiento de la Hepatitis C.** Otros medicamentos para Hepatitis C, como Viekira y Olysio, no se cubren.
- **Debe usar BriovaRx, la farmacia especialista, para obtener los medicamentos prescritos para el tratamiento de la Hepatitis C.** No se pagan beneficios para medicamentos contra la Hepatitis C si no los compra a través de BriovaRx.

Farmacia de Especialidad de Catamaran —

Llame al BriovaRx: (855) 427-4682

www.mycatamaranrx.com

Nuevos beneficios de viaje y alojamiento

Efectivo el 1º de Julio de 2015

¿Necesita viajar para una atención especializada? Se dispondrá de un nuevo beneficio para ayudar con el viaje, alojamiento y gastos de comidas si usted o sus personas a cargo necesitan atención especializada a más de 50 millas de su hogar (si el viaje está dentro de los Estados Unidos) para:

- Transplantes;
- Tratamientos relacionados con el cáncer; y
- Atención por defecto congénito del corazón.

Puede recibir reintegro por el viaje elegible, alojamiento y gastos de

comidas, incluyendo gastos para un acompañante (dos si el paciente es un niño menor).

El beneficio se limita a \$10,000 por episodio de atención, con un máximo de \$250 por día para alojamiento elegible y gastos de comidas; se requiere la presentación de recibos originales. Se requiere que participe en el programa de administración de caso y precertificación. Si es el donante de un órgano transplantado o participa en un estudio clínico, sus gastos no se reintegran.

Se pueden proporcionar más detalles sobre el beneficio, incluyendo especificaciones con respecto al reintegro y qué gastos son elegibles, bajo solicitud.

¿Preguntas? Llame a sus Care Coordinators al (866) 686-0003

Terapia de habilitación para niños con autismo cubierta

Efectivo para tratamiento que comience entre el 1° de Junio de 2015 y el 31 de Mayo de 2018

El Plan cubrirá la terapia de rehabilitación para niños con Trastornos del espectro de autismo (ASD, por su sigla en inglés). Si usa un proveedor de la red, usted paga \$10 por día de tratamiento. El Plan paga el resto del costo. Si usa un proveedor fuera de la red, pagará el coseguro de fuera de la red y deducibles.

Se cubrirán por semana hasta 30 horas de dicha terapia de rehabilitación. El Plan cubrirá hasta 36 meses de terapia de rehabilitación, comenzando el primer día en que el Plan paga por una visita de terapia de rehabilitación.

La "Terapia de rehabilitación" incluye terapia de análisis aplicado de conducta (ABA, por su sigla en inglés) y tipos similares de tratamiento. No incluye terapia física, del habla u ocupacional. (Consulte su SPD para obtener más información sobre cómo el Plan cubre terapia física, del habla y ocupacional.)

Las siguientes reglas se aplican a la terapia de rehabilitación para niños con ASD:

- Su hijo debe tener al menos 2 años pero no más de 8.
- Su hijo debe tener un diagnóstico válido de ASD, y tener una edad mental proporcional de al menos 11 meses.
- La terapia debe ser solicitada por un pediatra, un siquiatra infantil o un psicólogo infantil.
- El proveedor supervisor de la terapia de rehabilitación debe estar certificado por la Behavioral Analyst Certification Board (BACB, Junta de certificación de analistas de conducta) como un Doctorado analista de conducta certificado por la Junta.
- La persona que provee la terapia de rehabilitación debe estar certificada por la BACB como Analista asistente de la conducta certificado por la Junta o Técnico de la conducta registrado.

**Llame al Care Coordinators:
(866) 686-0003**

para precertificar terapia de rehabilitación
para niños con ASD

- Si se dispone de terapia basada en la escolarización, el Plan sólo pagará los beneficios para aquellos servicios que suplementen la terapia basada en la escolarización. No se pagarán beneficios para la terapia basada en la escolarización.
- La terapia de rehabilitación y el plan de tratamiento deben estar pre-certificados por el Fondo antes de comenzar el tratamiento. Los apuntes del tratamiento y el plan de tratamiento deben ser revisados por el Fondo al menos dos veces al año y deben mostrar que:
 - Su hijo está demostrando mejora;
 - Ustedes (los padres) están capacitados, y sí, participan en la terapia de rehabilitación; y
 - Siguen el plan de tratamiento.

Si no se cumplen las reglas anteriores, puede negarse una futura terapia de rehabilitación para niños con ASD, incluso si no se ha cumplido el máximo de 36 meses. No se pagarán beneficios posteriores del Plan para un curso de terapia de rehabilitación que comience en o después del 1° de junio de 2018.

Colonoscopías de rutina ahora cubiertas

Efectivo a partir de 1° de Julio de 2015

- **Si usa un proveedor de la red, puede hacerse una colonoscopia de rutina sin costo para usted.** Se cubrirá una colonoscopia de rutina cada 10 años una vez que llegue a los 50.
- **Si está en alto riesgo para el cáncer colorectal, se cubrirá una colonoscopia de rutina sin costo para usted cada 24 meses.** Usted está en "alto riesgo" si alguien en su familia inmediata tuvo cáncer colorectal o si usted tuvo cáncer colorectal.
- **Si usa un proveedor fuera de la red, no se cubrirá la colonoscopia de rutina.**

¿Preguntas? Llame a sus Care Coordinators al (866) 686-0003

Se extiende el beneficio de comida médica; se requiere precertificación

Efectivo el 1° de Abril de 2015

Si tiene una deficiencia congénita en el metabolismo (IEM, por su sigla en inglés) y requiere alimentos médicos, puede calificar para el reintegro del costo de sus alimentos médicos. El beneficio ya no está limitado a personas con fenilketonuria (PKU).

Debe llamar para pre-certificar el beneficio antes de que se le reintegre el gasto del alimento médico.

Recuerde, el Plan reintegrará el 100% del gasto de alimentos médicos hasta \$2,500 por persona por año calendario, siempre que el alimento médico sea:

- Solicitado por y usado bajo la supervisión de un profesional de la salud;
- La fuente primaria de nutrición del paciente (más de la mitad de la ingesta para la persona); y
- Etiquetado y usado para la administración dietaria de IEM.

Beneficios de salud mental/abuso de sustancias

La siguiente tabla muestra el costo de los servicios de salud mental/abuso de sustancias. Este resumen aclara los beneficios para ciertos niveles de atención que pueden no haber estado claros anteriormente. Además, puede recibir servicios de salud mental/abuso de sustancias de todo profesional de la salud que actúa dentro del alcance de su licencia efectiva a partir del 1° de Abril de 2015.

Lo que Paga por Salud Mental/Abuso de Sustancias		
Servicios Cubiertos	Red	Fuera de la Red
Tratamiento Ambulatorio, incluyendo Tratamiento Residencial <i>Los beneficios pueden reducirse en \$150 o negarse completamente si no contacta a los Care Coordinators.</i>	Class I: Deducible y 10% de coseguro	Deducible y 50% de coseguro
	Class II: Deducible y 20% de coseguro	
	Class III: Deducible y 10% de coseguro	
Visitas al Consultorio	\$10 por visita	Deducible y 50% de coseguro
Hospitalización Parcial, Desintoxicación con Atención y Tratamiento Ambulatorio Intensivo	Class I: Deducible y 10% de coseguro	Deducible y 50% de coseguro
	Class II: Deducible y 20% de coseguro	
	Class III: Deducible y 10% de coseguro	

Se suspende el Alternative Indemnity Plan

Efectivo el 1° de Abril de 2015, el Alternative Indemnity Plan no es una opción disponible.

¿Preguntas? Llame a sus Care Coordinators al (866) 686-0003

Este cambio sólo se aplica a la Class I y Class II.

Exámenes de visión para personas menores de 19 no aplican para su máximo beneficio de visión

Efectivo a partir de 1º de Julio de 2015

Si usted es un empleado que tiene menos de 19 años, el costo de su examen ocular no se contará para el máximo beneficio que el Plan pagará para la atención de su visión. Cuando el Plan paga beneficios para el empleado sobre atención de la visión, como exámenes, armazones y lentes, el costo de esta atención cuenta para el máximo beneficio que se pagar para toda su atención de la visión. Si un empleado que tiene menos de 19 años, toda la cantidad que el Plan pagar para su examen ocular no se contará hacia su máximo beneficio para la atención de su visión. El costo de armazones, lentes o de contacto incluso se aplicará hasta su máximo beneficio.

VIDA Y MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO

Los beneficios “adicionales” por Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D en inglés) se basan sobre su cantidad de beneficio de Vida

Su beneficio de AD&D incluye educación, beneficios por cinturón de seguridad y bolsas de aire. Estos beneficios adicionales se calculan como porcentaje de su cantidad de beneficio de Vida. Su SPD incorrectamente establece que estos beneficios son un porcentaje de la cantidad del beneficio de AD&D.

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LA REFORMA DEL CUIDADO DE LA SALUD

UNITE HERE HEALTH considera que su plan es un “plan de salud de derechos adquiridos” (grandfathered health plan) en virtud de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio y Protección al Paciente (Affordable Care Act). Según lo establecido por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio y Protección al Paciente, los planes de salud de derechos adquiridos pueden mantener ciertas coberturas básicas de salud que ya estaban vigentes cuando se sancionó la ley el 23 de marzo de 2010. Por ser un plan de derechos adquiridos, su plan debe cumplir con varios cambios en los beneficios exigidos por la Ley de Cuidados a Bajo Precio, incluyendo por ejemplo la eliminación de los límites de por vida en los beneficios. No obstante, por favor tenga en cuenta que a los planes de derechos adquiridos no se les exige aplicar todos los cambios en los beneficios dispuestos por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio.

Si tiene preguntas sobre qué disposiciones de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio son aplicables a los planes de salud de derechos adquiridos y qué disposiciones no son aplicables o qué acciones del plan podrían determinar que pierda su condición de plan de derechos adquiridos, póngase en contacto con su oficina de servicios al cliente o el administrador del plan llamando al (866) 686-0003 o envíe sus preguntas por correo a: Director General, UNITE HERE HEALTH, P.O. Box 6020, Aurora, Illinois 60598-0020

También se puede poner en contacto con la Administración de Seguridad de los Beneficios a los Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos llamando al (866) 444-3272 o ingresando a www.dol.gov/ebsa/healthreform. Esta página de Internet contiene una tabla en la que se resume qué protecciones se aplican o no a los planes de derechos adquiridos.

¿Preguntas? Llame a sus Care Coordinators al (866) 686-0003

Cambios en las reglas, para ingresar a sus dependientes a su cobertura

Efectivo a partir de 1º de Julio de 2015

- **Una licencia de matrimonio debe incluir el certificado de matrimonio.** Una licencia de matrimonio sólo muestra que usted y su cónyuge han solicitado casarse; no demuestra que usted y su cónyuge se han casado realmente. Su licencia de matrimonio sólo se considerará prueba de su matrimonio con su cónyuge si:
 - Incluye la fecha de su matrimonio y
 - Incluye el certificado de matrimonio.
- **Ya no se requieren traducciones al inglés de los documentos.** Para inscribir a un cónyuge o hijo, debe mostrar que el cónyuge o hijo cumple con la definición del Plan de una “persona a cargo”. El Plan tiene una lista de documentos que puede utilizar para demostrar que su cónyuge o hijo es una persona a cargo. Ya no necesita entregar una traducción al inglés del documento.

Nuevas reglas agregadas a su plan

Efectivo a partir de 1º de Julio de 2015

Prohibición de cesión de reclamos

No es posible asignar un reclamo de beneficios del Plan a un proveedor que no está en la red, sin el expreso consentimiento escrito del Plan. Se considera proveedor fuera de la red a todo médico, hospital u otro proveedor que no está en un PPO o red similar del Plan.

Esta regla se aplica a todos los proveedores que están fuera de la red, y su proveedor no tiene permiso para cambiar esta regla o realizar excepciones, por su cuenta. Si usted firma una cesión con ellos, sin el consentimiento escrito del Plan, no tendrá validez o ni podrá aplicarse en el Plan. Esto significa que un proveedor que no esté en la red no tendrá derecho a recibir un pago directo del Plan y que usted será responsable de pagarle al proveedor, por su cuenta, y, luego, pedir el reintegro de una parte de los costos, según las reglas del Plan.

A pesar de la presente prohibición de cesión, el Plan puede, a su entera discreción y dentro de ciertas circunstancias limitadas, optar por pagarle a un proveedor que está fuera de la red, directamente, por los servicios que le haya prestado a usted. El pago a un proveedor fuera de la red, en ningún caso, constituirá una renuncia a alguna de las reglas del Plan, con respecto a los proveedores que se encuentran

fuera de la red, y el Plan se reserva todos los derechos y defensas, en ese sentido.

Inicio de acciones legales

El siguiente párrafo se añade a la parte superior de la segunda página de la sección Beneficios en un vistazo, así como en la sección Cláusula general de reclamo, de su SPD:

Ni usted, ni su beneficiario, ni ningún otro demandante pueden iniciar juicio contra el Plan (o sus fideicomisarios, proveedores o empleados), por beneficios negados, hasta que se hayan terminado los procedimientos de apelación interna del Plan.

Si usted termina todas las apelaciones internas y decide entablar juicio contra el Plan, el juicio deberá iniciarse no más de 12 meses después de la fecha de la carta de negación de apelación. Si usted no inicia el juicio en 12 meses, perderá permanente e irrevocablemente su derecho a desafiar la negación, en la corte, o de cualquier otra manera o foro. La regla de 12 meses se aplica a usted y a sus beneficiarios, y a cualquier otra persona o entidad que realicen un reclamo en su nombre.