

Medical

You do not have to meet the individual deductible before you can meet your family deductible

This change applies to Classes I and III only.

Effective January 1, 2016, you and your family can meet the \$200 family calendar year deductible even if no one in your family has met his or her \$100 individual calendar year deductible. Before this change, at least one person in your family had to meet the individual \$100 calendar year deductible before you could meet your family deductible. This change means the Plan may pay for your family's covered expenses sooner.

\$200 diabetes education annual limit removed

If you use a network provider for diabetes education, the Plan pays 100% of the cost. Effective as of January 1, 2017, the \$200 annual limit for diabetes education is removed. Diabetes education is not covered if you use a non-network provider—you pay 100% of the cost yourself.

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

(866) 686-0003

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

Get answers
to all your
questions:

(866) 686-0003

UNITE HERE
HEALTH

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

Pharmacy

Changes to your pharmacy benefits

Effective on and after April 1, 2016:

Several changes are made to your Hospitality Rx pharmacy benefits.

- A new rule gives you expanded access to early refills of your prescription drugs. In addition to early refills if you are traveling outside the U.S., you can now get an early refill for a lost or stolen prescription drug. Hospitality Rx must prior authorize any early refills.
 - If you get an early refill, a replacement refill surcharge of up to \$50 per drug may be charged in addition to your normal copay. The early refill surcharge won't apply to the first early refill for travel outside the U.S., or to the first early refill for a lost or stolen prescription drug.
 - If you are approved for an early refill for a lost or stolen drug, you may be required to participate in the pharmacy case management program.
 - Remember, a prescription may be refilled early, but only for a period of time not to exceed your eligibility for benefits.
- The Plan covers control solution used to test glucometers.
- The Plan exclusion for drugs to treat Hepatitis C other than interferon, ribavirin, Harvoni, and Solvadi is deleted. You and your healthcare provider must get prior authorization for drugs to treat Hepatitis C. Hospitality Rx will work with you and your doctor to get you the most appropriate, and cost-effective, Hepatitis C drug.
- The list of drugs your Plan doesn't cover is clarified by adding the following specific exclusions. These exclusions are not new; listing them should make it easier for you to keep track of what your Plan doesn't cover.

Your Plan does not cover:

- Drugs that require review under a safety or cost containment program (such as a drug that requires prior authorization, or a drug subject to the step therapy program) if that safety or cost containment program is not followed, or does not approve the drug.
- Medical foods.

Pharmacy (continued)

- Drugs, medications, or supplies that are not for an FDA-approved indication, that are not covered under the Plan's or Plan's designee's claims processing guidelines, or that are not covered under any other internal rule, guideline, protocol, or similar criterion that the Plan relies upon, including but not limited to any national guidelines established by the medical and scientific community.

Effective on and after January 1, 2017:

- Single-source ferrous sulfate, vitamin D, cyanocobalamin, Vitamin K, potassium chloride and bicarbonate, phosphate, calcium acetate, Niacin, and Galzin are added to the list of covered expenses. (The Fund may restrict coverage to only certain dosages of these vitamins.)
- All vitamins, minerals, and dietary supplements are excluded unless they are specifically covered under the Plan. This exclusion covers multi-agent vitamins, such as FeRivaFA®, and multivitamins, such as Centrum®.
- This exclusion means that only preventive healthcare medications and single-agent ferrous sulfate, vitamin D, cyanocobalamin, Vitamin K, potassium chloride and bicarbonate, phosphate, calcium acetate, Niacin, and Galzin (zinc) will be covered. (At the time this SMM was printed, "preventive healthcare" medications include vitamins like iron supplements and folic acid for certain people. The list of preventive care medications may change from time to time. See www.healthcare.gov/preventive-care-benefits for the most current information about preventive healthcare.)

**Get answers
to all your
questions:
(866) 686-0003**

UNITE HERE
HEALTH 

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

Get answers
to all your
questions:

(866) 686-0003



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

Dental

Changes to your dental benefit

Currently, if you are under age 19, the cost of your routine dental exams does not count toward the Plan's \$1,000 calendar year maximum benefit for covered dental care. Effective as of January 1, 2017, if you are under age 19, the cost of your routine cleanings, x-rays, fluoride, and sealants will also not apply toward your \$1,000 calendar year maximum benefit.

Also effective as of January 1, 2017, if you are under age 19, the Plan will cover your full mouth or panoramic x-rays without regard to the 36-month frequency limit that applies to other participants.

Keep in mind that the maximum benefit the Plan will pay for each **dental procedure** will continue to apply to your dental care, regardless of your age.

Vision

Changes to your \$200 vision care benefit

If you are under age 19, the \$200 vision maximum benefit will not apply to your vision exams and eyeglass lenses. However, the \$200 maximum benefit **will** apply to all your other covered vision care—including but not limited to your frames, contact lenses, and eyeglass lens options.

If you are age 19 or older, the \$200 vision maximum benefit continues to apply to all your covered vision care services and supplies.

The Plan will cover one vision exam every 12 months, and one set of eyeglass lenses every 12 months. These new limits apply to everyone, no matter what age you are.

Vision benefits are payable every 24 months, beginning on the first day of the month in which you first get vision care services. Your 12-month benefit period for one vision exam and one set of eyeglass will begin with the first day of your 24-month benefit period.

General

Change in rules for proving a person is your dependent

The rules for proving someone is your dependent are changing effective as of January 1, 2017.

- Currently, notarized copies of your most recent tax returns are one of the types of documents that may be provided as proof that someone is your dependent. However, as of January 1, 2017, copies of your tax returns do not have to be notarized in order to prove that someone is your dependent. A copy of your most recent tax returns is acceptable.
- As of January 1, 2017, certificates of creditable coverage, which show the dates you and your dependents were covered under another plan, will not be accepted as proof that someone is your dependent. You can still use a certificate of creditable coverage to show that you or a dependent has a special enrollment right.

As of January 1, 2017, only one parent's name must be on the documents you provide to the Fund to show that a child is your dependent. However, if your name is not the parent's name listed on the proof document, you must be able to show your relationship to the child (for instance, the child's listed parent is your spouse). For example, if your child's birth certificate names your spouse as the child's parent, but not you, you must also provide proof that you are married to your spouse in order to prove your relationship to the child.

Contact your Care Coordinators if you need help enrolling a dependent.

General Plan exclusion added

Effective October 1, 2016

The following general Plan exclusion is added: A service or item that is not covered under the Plan's claims processing guidelines or any other internal rule, guideline, protocol or similar criterion that the Plan relies upon.

Get answers
to all your
questions:
(866) 686-0003

UNITE HERE
HEALTH 

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

Get answers
to all your
questions:

(866) 686-0003



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

**Important information about healthcare reform:
Your plan is a grandfathered health plan**

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

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

Médica

No es obligatorio completar el deducible individual antes de completar el deducible familiar

Este cambio se aplica únicamente a las Clases I y III.

Vigente el 1 de enero de 2016, usted y su familia pueden completar el deducible familiar de \$200 por año calendario, aún si nadie en su familia ha completado su deducible individual de \$100 por año calendario. Antes de este cambio, por lo menos una persona de su familia debía completar el deducible individual de \$100 por año calendario. Este cambio significa que el Plan puede pagar más pronto los gastos cubiertos de su familia.

Se eliminó el límite anual de \$200 para educación sobre la diabetes

Si usted usa los servicios de un proveedor dentro de la red para educación sobre la diabetes, el Plan paga 100% del costo. Vigente el 1 de enero de 2017, se eliminará el límite anual de \$200 para educación sobre la diabetes. La educación sobre la diabetes no tiene cobertura si usted usa los servicios de un proveedor que no está dentro de la red: usted mismo deberá cubrir el 100% del costo.

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.

Cambios a Sus Beneficios

UNITE HERE
HEALTH

(866) 686-0003

www.uhh.org

711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(866) 686-0003**

**UNITE HERE
HEALTH**

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

Farmacia

Cambios hechos a los beneficios de farmacia

Vigente el 1 de abril de 2016:

Se han realizado algunos cambios en los beneficios de farmacia de Hospitality Rx.

- Una nueva norma le permite más acceso al reabastecimiento anticipado de medicamentos con receta. Además del reabastecimiento anticipado de medicamentos por viajar fuera de los Estados Unidos, ahora puede solicitar un reabastecimiento anticipado por pérdida o robo de una receta. Hospitality Rx deberá autorizar previamente todos los casos de reabastecimiento anticipado de recetas.
- Si usted hace un reabastecimiento anticipado de una receta, es posible que tenga que pagar un recargo adicional al copago normal por un máximo de \$50 por medicamento. Este recargo por reabastecimiento anticipado de recetas no se aplica al primer reabastecimiento anticipado por viaje fuera de los Estados Unidos, ni al primer reabastecimiento anticipado por robo o pérdida de un medicamento.
- Si a usted se le autoriza un reabastecimiento anticipado por pérdida o robo de un medicamento, es posible que deba participar en el programa de administración de casos de farmacia.
- Recuerde, se le puede reabastecer anticipadamente una receta, pero únicamente por un período que no exceda su elegibilidad de beneficios.
- El Plan cubre la solución de control que se usa para hacer pruebas a los glucómetros.
- Se ha eliminado del Plan la exclusión de medicamentos para tratar la hepatitis C que no sean interferón, ribavirina, Harvoni y Solvadi. Usted y su proveedor de atención médica deben obtener autorización previa para medicamentos para el tratamiento de la hepatitis C. Hospitality RX trabajará con usted y su médico para que usted pueda obtener el medicamento contra la hepatitis C más conveniente y económico.
- El listado de medicamentos que su plan no cubre queda aclarado al agregar las siguientes exclusiones específicas. Éstas exclusiones no son nuevas. El hecho de que figuren en el listado le ayudará a dar seguimiento a lo que su Plan no cubre.

Farmacia (continuación)

Su Plan no cubre:

- Medicamentos que deben ser supervisados bajo un programa de seguridad o de contención de costos (por ejemplo un medicamento que requiera autorización previa, un medicamento sujeto a un programa de terapia por etapas); si no se cumple con ese programa de seguridad o contención de costos o no se autoriza el medicamento.
- Alimentos médicos.
- Los fármacos, medicamentos o suministros que no son para una indicación aprobada por la FDA, que no están cubiertos por las pautas de procesamiento del Plan o reclamaciones de un designado del Plan, o que no tengan cobertura bajo ninguna otra norma interna, pauta, protocolo o criterio similar en los que se basa el Plan, incluyendo pero sin limitarse a, cualquier pauta nacional establecida por la comunidad médica y científica.

Vigente el 1 de enero de 2017:

- El sulfato ferroso de fuente única, la Vitamina D, la cianobalamina, la Vitamina K, el cloruro de potasio y bicarbonato, el fosfato, el acetato de calcio, la Niacina y el Galzin se han agregado a la lista de gastos cubiertos. (Es posible que el Fondo restrinja la cobertura solo para ciertas dosis de estas vitaminas).
- Todas las vitaminas, minerales y suplementos dietéticos quedan excluidos, a menos que estén específicamente cubiertos por el Plan. Esta exclusión cubre vitaminas de múltiples agentes, tales como FeRivaFA®, y multivitaminas tales como Centrum®.
- Esta exclusión significa que solo medicamentos de salud preventiva y sulfato ferroso de agente único, vitamina D, cianocobalamina, vitamina K, cloruro de potasio y bicarbonato, fosfato, acetato de calcio, Niacina y Galzin (zinc) quedarán cubiertos. (Al momento de la impresión de este SMM, los medicamentos de salud preventiva incluían vitaminas, tales como los suplementos de hierro y ácido fólico para determinadas personas. La lista de medicamentos para la atención preventiva puede cambiar de vez en cuando. Consulte www.healthcare.gov/preventive-care-benefits para informarse de lo más reciente acerca de la salud preventiva.)

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(866) 686-0003**

UNITE HERE
HEALTH 

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

Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(866) 686-0003

UNITE HERE
HEALTH 

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

Dental

Cambios realizados a sus beneficios dentales

Actualmente, si usted es menor de 19 años, el costo de sus exámenes dentales rutinarios no se toman en cuenta en el beneficio máximo de \$1,000 del Plan para beneficios dentales con cobertura. Vigente el 1 de enero de 2017, si usted es menor de 19 años, el costo de sus limpiezas rutinarias, radiografías, flúor y selladores tampoco se aplicarán a los \$1,000 de beneficio máximo por año calendario.

También, vigente el 1 de enero de 2017, si usted es menor de 19 años, el Plan cubrirá las radiografías de su boca completa o panorámica sin importar la frecuencia límite de 36 meses que se les aplica a otros participantes.

Tenga en cuenta que el máximo beneficio que el Plan pagará para cada **procedimiento dental** se continuará aplicando a su atención dental, sin importar su edad.

Visión

Cambios en sus beneficio de visión de \$200

Si es menor de 19 años, el beneficio máximo de visión de \$200 no se aplicará a sus exámenes de visión y lentes para los anteojos. No obstante, el beneficio máximo de \$200 sí se aplicará a todos sus otros gastos de servicios de visión, incluyendo pero sin exclusividad, los aros, los lentes de contacto y las opciones de lentes para anteojos.

Si tiene 19 años o más, el beneficio máximo de \$200 para servicios de visión continúa aplicándose a todos sus servicios y suministros de visión.

El Plan cubrirá un examen de la vista cada 12 meses, y un juego de lentes para los anteojos cada 12 meses. Estos nuevos límites se aplican a todos, sin importar su edad.

Visión (continuación)

Los beneficios de visión son pagaderos cada 24 meses, comenzando el primer día del mes en el cual usted recibe servicios de atención para la visión. Su período de beneficios de 12 meses para un examen de visión y un juego de anteojos comenzará el primer día de su período de beneficios de 24 meses.

General

Cambio en las reglas para comprobar que una persona es su dependiente

Las reglas para comprobar que una persona es su dependiente han cambiado y entrarán en vigor el 1 de enero de 2017.

- Actualmente se proporcionan copias notariadas de su declaración de impuestos más reciente como uno de los tipos de documentos de prueba de que alguien es su dependiente. No obstante, a partir del 1 de enero de 2017, no es necesario que las copias de sus declaraciones de impuestos vayan notariadas para comprobar que alguien es su dependiente. Se acepta una copia de su declaración de impuestos más reciente.
- A partir del 1 de enero de 2017, los certificados de cobertura acreditable que muestran las fechas en que usted y sus dependientes tenían cobertura bajo otro plan, ya no se aceptarán como prueba de que alguien es su dependiente. Aún puede usar el certificado de cobertura acreditable para demostrar que usted o un dependiente tiene derecho a una inscripción especial.

A partir del 1 de enero de 2017, solo debe figurar uno de los nombres del progenitor (padre o madre) en los documentos que usted proporcione al Fondo para demostrar que un hijo(a) es su dependiente. No obstante si su nombre no es el nombre que aparece como nombre del padre (o madre) en el documento que sirve de prueba, usted deberá poder comprobar su relación con su hijo(a) (por ejemplo, que el progenitor del niño(a) señalado es su cónyuge). Por ejemplo, si el certificado de nacimiento de su hijo(a) menciona a su cónyuge como el progenitor del niño(a), usted también deberá proporcionar prueba de que está casado con su cónyuge como prueba de su relación con su hijo(a).

Comuníquese con sus Care Coordinators si necesita ayuda para inscribir a un dependiente.

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(866) 686-0003**

**UNITE HERE
HEALTH**

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

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(866) 686-0003**

General (continuación)

Se agregó una exclusión al Plan general

Vigente el 1 de octubre de 2016

Se agregó la exclusión siguiente al Plan general: Un servicio o artículo que no tiene cobertura según las pautas de procesamiento de reclamaciones del Plan o bajo cualquier otra regla interna, pauta, protocolo o criterio similar en los que se basa el Plan.

UNITE HERE
HEALTH 

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

Su plan es un plan de salud de derechos adquiridos

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: Chief Executive Officer, UNITE HERE HEALTH, P.O. Box 6020, Aurora, Illinois 60598-0020.

También se puede poner en contacto con la Employee Benefit Security Administration, U.S. Department of Labor 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.

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(866) 686-0003**



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