

Dental

Your dental benefits are changing

Effective June 1, 2016, your dental benefits are provided through a dental health maintenance organization (DHMO) benefit offered by Cigna.

Using your DHMO benefits

Your dental benefits are provided through a DHMO. Under a DHMO, you must follow certain rules in order to get dental benefits. If you don't follow these rules, you may have to pay the entire cost of the dental care yourself. If you have any questions about how to use your dental benefits, please contact Cigna at (800) 244-6224.

Cigna Dental Care HMO

toll free: (800) 244-6224

www.mycigna.com

(you have to register for an account)

- You must pick a primary dentist who is in the Cigna Dental Care HMO network. Your primary dentist provides your dental care and refers you to dental specialists, if necessary.
- Except in emergencies, you must use a network dentist. If you don't use a network dentist, you will have to pay the full cost of your dental care.

If you have an emergency, such as excessive bleeding, acute infection, or severe pain, try to reach your primary dentist. Your primary dentist should handle any emergency within 24 hours. If you are outside the Cigna service area, or you cannot reach your primary dentist, you can go to any dentist to get treatment. If you use a non-network dentist,

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

(855) 321-4373

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

Get answers
to all your
questions:

(855) 321-4373



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

Dental (continued)

you should file a claim with Cigna. Cigna will pay you back up to \$50 for your cost of getting immediate relief. You will still be responsible for: any copays for your care, charges over the \$50 maximum reimbursement, or any charges that Cigna does not cover. Once you have immediate relief for the emergency, you should see your primary dentist for any follow-up treatment. Dental care — even dental care for an emergency — is not usually covered under your medical benefit. If you go to an urgent care center or to your healthcare provider for dental care, you will usually pay 100% of the cost.

- You can always get a second opinion regarding proposed dental care. Just contact Cigna to get a referral to another dentist.
- If you live and work outside the Cigna Dental Care HMO service area, you will not have any dental benefits. This rule also applies to dependents (such as adult children attending college or who no longer live with you). This rule applies until you, or your dependent, live or work in the service area again.
- Cigna usually won't coordinate dental benefits if you have coverage under another dental plan, or if you and your spouse are both covered as employees.

Your primary dentist under the DHMO

You must pick a primary dentist to provide your family's dental care. If you need specialist dental care, your primary dentist will refer you for specialist care. You must have this referral in order to get benefits for specialist care. The only exception is that you don't need a referral to see a network orthodontist.

You can pick any dentist in the Cigna DHMO network who is taking new patients. You don't have to pick the same primary dentist as your dependents. You and your spouse can use one primary dentist, and your children can use another dentist.

Children under age 7 can use a pediatric dentist as their primary dentist. After a child turns 7, he or she can only see a pediatric dentist with a referral from a primary dentist (who is not a pediatric dentist).

You can change your primary dentist any time you want, and as often as you want. However, you must wait to see your new primary dentist until Cigna has processed your request to change primary dentists. Cigna can tell you whether your change in primary dentists has been made.

Dental (continued)

You can log in to www.mycigna.com, or contact Cigna at (800) 244-6224 to choose a primary dentist or to change your primary dentist.

What you pay under the DHMO

You pay any required copay for your dental care. The booklet titled “Patient Charge Schedule” lists your copays. If you need a copy of this booklet, contact UNITE HERE HEALTH or Cigna. Many types of routine dental care, such as standard exams and x-rays, have no copays. You will have to pay a copay for other types of covered expenses for your dental care. You will also have to pay for any dental care that is not considered a covered expense, including any dental care you get more frequently than allowed.

What’s covered under the DHMO

There are limits on how often certain services and supplies are covered. If the amount of time shown below has not passed since the service or supply was last provided, you may have to pay the entire cost. You can always contact Cigna to find out when you last got benefits for a certain service or supply. A time limit starts on the date you last got the service or supply. Time limits are measured in consecutive months or years.

Cigna’s patient charge schedule and certificates of coverage contain more specific information about what is covered.

- **Diagnostic and preventive services and procedures** to evaluate existing conditions and/or to prevent dental abnormalities or disease, including exams and cleanings.
 - Oral exams, limited to 4 every 12 consecutive months.
 - Regular cleaning (Prophylaxis), limited to 2 every calendar year. Extra, medically necessary visits may be allowed under certain circumstances. A copay will usually apply to any extra visits.
 - Panoramic x-rays, limited to 1 set every 3 years.
 - Intraoral x-rays (complete series), limited to 1 set every 3 years.
 - Cone beam CT capture, limited to 1 every calendar year, and only covered in connection with temporomandibular joint (TMJ) evaluation.
 - Topical application of fluoride, limited to 2 times every calendar year.
 - Sealants.
 - Space maintainers.

**Get answers
to all your
questions:
(855) 321-4373**

UNITE HERE
HEALTH 

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

Get answers
to all your
questions:

(855) 321-4373

UNITE HERE
HEALTH 

www.uhh.org

711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

Dental (continued)

- **Emergency palliative care**, including treatment to temporarily relieve pain and discomfort.
- **Diagnostic x-rays** to diagnose a specific condition.
- **Restorative services**, including amalgam (silver-colored fillings) and resin-based fillings and polishing.
- **Crowns and bridges**, including inlays, onlays, crowns, core buildups, pin retention, pontics, and recementation. Replacement of crowns and bridges are limited to 1 every 5 years.
- **Endodontic services and procedures** to treat teeth with diseased or damaged nerves, including pulp caps, pulpotomies, root canals, apicoectomy or periapical surgery and retrograde filling.
- **Periodontic services** to treat diseases of the gums and supporting structures of the teeth, including gingivectomy or gingivoplasty, clinical crown lengthening, osseous surgery, bone replacement graft, and soft tissue graft.
 - Deep cleaning (periodontal scaling and root planing) is limited to 4 quadrants every 12 consecutive months.
 - Periodontal maintenance is limited to 4 per year, and only after active periodontal therapy.
 - Full mouth debridement is limited to 1 time per lifetime.
 - Periodontal regenerative procedures are limited to 1 time per site (or tooth).
 - Localized delivery of antimicrobial agents is limited to 8 teeth (or sites) every 12 consecutive months.
- **Prosthetics** (removable tooth replacements, including implants and abutments) and repairs (relining and rebasing).
 - Adjustments to prosthetics will be covered up to 4 times during the first 6 months after insertion.
 - Replacement prosthetics are limited to 1 every 5 years.
 - Denture relining is limited to 1 every 36 months.
 - Replacement of crowns, bridges, and implant-supported dentures is limited to 1 every 5 years.
- **Oral surgery**, extractions and other surgical procedures, including pre-operative and postoperative care, and general anesthesia. These types of care are only covered if you are at least age 15.

Dental (continued)

- Occlusal orthotic devices or guards are limited to 1 set every 24 months, and are only covered in connection with TMJ treatment.
- General anesthesia is covered when done by an oral surgeon for a medically necessary covered expense, and limited to 1 hour per appointment, including amalgam (silver-colored filling) and resin-based fillings and polishing.
- I.V. sedation is covered when done by an oral surgeon or periodontist for a medically necessary covered expense, and limited to 1 hour per appointment.
- **Orthodontic treatment**, limited to 24 months of treatment. Each month of active treatment is a separate service and has a separate copay.

What's not covered under the DHMO

Unless required by state law, the following types of treatments, services, and supplies are not covered.

- Services or supplies provided by a non-network dentist without Cigna's prior approval, except in the case of emergency care received in accordance with Cigna's rules for getting emergency care.
- Services or supplies provided by a specialist when the specialist care has not been referred by your primary dentist and approved by Cigna.
- Services or supplies provided by a network dentist who has not been approved by Cigna as your primary dentist, except in the case of emergency care.
- Services not specifically listed as covered under Cigna's patient charge schedule or the terms of Cigna's contract.
- Services or supplies provided more frequently than allowed under Cigna's patient charge schedule or the terms of Cigna's contract.
- For or in connection with an injury arising out of, or in the course of, any employment for wage or profit.
- For charges that would not have been made in any facility, other than a hospital or a correctional institution, owned or operated by the United States government or by a state or municipal government if you had no insurance.
- To the extent that payment is unlawful where you are living when the expenses are incurred or the services are received.

**Get answers
to all your
questions:
(855) 321-4373**

**UNITE HERE
HEALTH**

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

Get answers
to all your
questions:

(855) 321-4373

UNITE HERE
HEALTH 

www.uhh.org

711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

Dental (continued)

- For charges that you (or your dependents) are not legally required to pay.
- For charges that would not have been made if you had no insurance.
- For or in connection with self-inflicted injury.
- Services related to any injury or illness paid under worker' compensation, occupational disease or similar law.
- Services provided or paid by or through a Federal or state governmental agency or authority, political subdivision or a public program, other than Medicaid.
- Services required while serving in the armed forces of any country or international authority or relating to a declared or undeclared war or acts of war.
- Cosmetic dentistry or cosmetic dental surgery (as defined by Cigna), unless specifically listed as covered under Cigna's patient charge schedule.
- General anesthesia, sedation and nitrous oxide, unless medically necessary and in connection with covered services performed by an oral surgeon or periodontist. Cigna does not cover general anesthesia or I.V. sedation for anxiety control or patient management.
- Prescription drugs.
- Procedures, appliances, or restorations, if the main purpose is to change a vertical dimension (degree of separation of the jaw when teeth are in contact), or restore teeth that have been damaged by attrition, abrasion, erosion, and/or abfraction.
- Replacement of fixed and/or removable appliances (including fixed and removable orthodontic appliances) that have been lost, stolen, or damaged due to patient abuse, misuse, or neglect.
- Surgical placement of a dental implant; repair, maintenance, or removal of a dental implant; implant abutment(s) or any services related to the surgical placement of a dental implant, unless specifically listed on the patient charge schedule.
- Services considered to be unnecessary or experimental in nature, or that do not meet commonly accepted dental standards.
- Procedures or appliances for minor tooth guidance or to control harmful habits.

Dental (continued)

- Hospitalization, including any associated incremental charges for dental services performed in a hospital, except that benefits are payable for network general dentist charges for covered services performed at a hospital (other associated charges are not covered).
- Services to the extent that you are covered under any group medical plan, unless required under state law.
- The completion of crowns, bridges, dentures, or root canal treatment already in progress when you become eligible for dental benefits.
- The completion of implant-supported prosthesis, including crowns, bridges, and dentures, already in progress when you become eligible for dental benefits, unless specifically listed as covered under the patient charge schedule.
- Bone grafting and/or guided tissue regeneration when performed at the site of a tooth extraction, unless specifically listed as covered under the patient charge schedule.
- Bone grafting and/or guided tissue regeneration when performed in conjunction with an apicoectomy or periapical surgery.
- Intentional root canal treatment in the absence of injury or disease solely to facilitate a restorative procedure.
- Services performed by a prosthodontist.
- Localized delivery of antimicrobial agents when performed alone or in the absence of traditional periodontal therapy.
- Any localized delivery of antimicrobial agent procedures when more than 8 of these procedures are reported on the same date of service.
- Infection control and/or sterilization.
- The recementation of any inlay, onlay, crown, post and core, or fixed bridge within 180 days of initial placement.
- Services to correct congenital malformations, including the replacement of congenitally missing teeth.
- Crowns, bridges, and/or implant-supported prosthesis used solely for splinting.
- Resin-bonded retainers and associated pontics.
- Services or supplies for anyone not considered a dependent under the terms of the Cigna contract.

**Get answers
to all your
questions:
(855) 321-4373**

**UNITE HERE
HEALTH**

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

Get answers
to all your
questions:

(855) 321-4373



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

Dental (continued)

- Treatment already in progress when you become covered under the dental benefits.
- Any other service or supply not covered under the terms of Cigna's contract.

Filing a dental claim under the DHMO

Generally you do not need to file a claim for dental care. Cigna providers will file the claim on your behalf. Benefits are generally not available if you use a non-network dentist, except in an emergency. If you do need to file a claim for dental care, you can get a claim form from Cigna by calling (800) 244-6224 or visiting www.mycigna.com. You will need to provide all information Cigna needs to process the claim.

Contact Cigna or refer to your Cigna plan booklet/certificate of coverage for more information about how to file a claim, the claim processing rules, time limits, and appeal procedures. Contact Cigna if you need a plan booklet/certificate of coverage, if you need help filing a claim or appeal, or if you have questions about the dental claim and appeal process.

Mail your claims to:

*Cigna
P.O. Box 188037
Chattanooga, TN 37422-8037*

Contract with Cigna governs your DHMO benefits

The contract between UNITE HERE HEALTH and Cigna determines what your benefits are. If there is any conflict between any information the Plan prepares (such as this SMM or your SPD) and the contract, the terms of the Cigna contract governs. The parts of your SPD that talk about coordination of benefits, subrogation, general exclusions and limitations, claim filing and appeal provisions, and definitions do not apply to the DHMO benefits provided by Cigna.

Vision

Your vision benefits are changing

Effective June 1, 2016, your current vision care benefit with a \$200 maximum reimbursement every 24 months is replaced with vision care benefits provided through Vision Service Plan (VSP).

Your new vision benefits

VSP offers a national network of large chains and independent providers to help you get more value for your vision benefits. You can also choose to use a non-network provider and still get coverage for your vision care.

Contact VSP to find a network provider, ask questions about your benefits, or track a vision claim:

(800) 852-7600

www.vsp.com

What You Pay for Vision Care Benefits

Benefits are payable once every 12 months	VSP Network Provider	Non-Network Provider
Eye Exam	\$10 copay	\$10 copay <i>The Plan only pays up to \$45</i>
Frames	\$25 copay <i>The Plan only pays up to \$160 allowance for frames</i>	\$25 copay <i>The Plan only pays up to \$70</i>
Lenses	You get an extra \$20 off certain name brands, and a 20% discount on other frames over the allowance	\$25 copay <i>The Plan only pays up to:</i> <ul style="list-style-type: none"> • \$30 for single lenses • \$50 for bifocal lenses • \$65 for trifocal lenses • \$100 lenticular lenses
Elective Contacts (instead of glasses)	100% for exam <i>Your cost for the evaluation and fitting is limited to \$50</i> \$0 for contacts <i>The Plan only pays up to \$160 for contacts</i>	100% up to \$120

**Get answers to all your questions:
(855) 321-4373**

UNITE HERE HEALTH

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

Get answers
to all your
questions:
(855) 321-4373

UNITE HERE
HEALTH 

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

Vision (continued)

Covered expenses

Your covered expenses under the VSP benefit include:

- Examination, consultation, or treatment by a licensed vision care professional.
- Lenses, including single-vision, bifocal lenses, trifocal lenses, or lenticular lenses.
- Frames.
- Contact lenses, including separate exams and fittings.
- Standard scratch-resistant coatings and polycarbonate lenses (for children only) are available with no copay if you use a network provider.

Low-vision services

You can get low-vision services if a network provider believes you need additional treatment. VSP must pre-approve any low-vision services. Generally, VSP pays 100% of low-vision tests (up to 2 supplemental tests every two years), and 75% for supplemental aids (up to \$1,000 every 2 years), regardless of whether you use a network or a non-network provider. However, if you use a non-network provider, VSP will only pay up to \$125 for the low-vision exam. Your VSP provider must prescribe the low-vision services, and you must meet VSP's rules to qualify for low-vision services. Contact VSP for more information about low-vision services.

Upgrades and options

Although the Plan will not pay for any upgrades or options, if you use a network provider, you can get certain upgrades or options for set fees. Common lens options include but are not limited to anti-reflective coatings, polycarbonate lenses for adults, and photochromic lenses.

You can also get discounts on laser eye surgery. (No benefits are paid for laser eye surgery — you will pay the entire discounted cost.)

Get your questions about upgrades and options answered by contacting VSP, or by asking your network provider.

Vision (continued)

What's not covered

Regardless of whether you use a network provider or a non-network provider, you must also pay any expenses the Plan does not cover or amounts in excess of any allowance.

No vision care benefits will be provided for:

- Non-prescription lenses.
- Two pairs of glasses instead of bifocals.
- Any type of lenses, frames, services, supplies, or options that are not covered under the VSP contract.
- Orthoptics, vision training or any associate supplemental testing.
- Medical or surgical treatment of the eyes, including surgical treatment to correct vision.
- Contact lens modification, polishing or cleaning.
- Low vision services or supplies that are not pre-approved, or that are more than the maximum benefits or frequency limits specified in the contract with VSP.
- Replacement of lost, stolen, or broken contacts, lenses, or frames.
- Frames/lenses in addition to contact lenses during the same benefit period.

Filing a claim

If you use a VSP provider, there is no need for a claim form. Just make your appointment, and your provider will verify your eligibility and benefits and handle the rest.

If you use a non-network provider, you usually have to pay the provider's charges when you get the vision care or supplies. You then must file a claim form with VSP to get paid back for your vision care. If you need to file a claim for vision care, you can get a claim form from VSP by calling (800) 852-7600 or visiting www.vsp.com. Fill out the claim form and send it within 365 days of the date services or supplies were provided.

Mail your claims to:

VSP

3333 Quality Drive

Rancho Cordova, CA 95670

**Get answers
to all your
questions:
(855) 321-4373**

UNITE HERE
HEALTH

www.uhh.org

711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

Get answers
to all your
questions:

(855) 321-4373

UNITE HERE
HEALTH 

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

Vision (continued)

The claim processing rules, time limits, and appeal procedures VSP must follow are described in the VSP contract. Generally, if a claim is denied, you must request a review within 180 days of the denial. VSP will respond to your appeal no later than 30 days after getting your request for a review. If you appeal the denial of your claim, you can file a second level appeal within 60 days of VSP's decision on your first-level appeal. VSP will generally respond to your second-level appeal within 30 days. If you need help filling a claim or appeal, or have questions about how VSP's claim and appeal process works, contact VSP.

Contract with VSP governs

Benefits under this vision care benefit are provided through a fully insured contract between the Plan and VSP. If there is a discrepancy between any vision care benefits information provided by the Plan and the contract with VSP, the terms of the VSP contract will govern. The parts of your SPD that talk about coordination of benefits, subrogation, general exclusions and limitations, claim filing and appeal provisions, and definitions do not apply to the vision benefits provided by VSP.

Short-Term Disability

Your short-term disability benefits are changing

Effective for disabilities starting on and after June 1, 2016, the maximum period of time you can get short-term disability benefits is increasing from 13 weeks to 26 weeks.

Medical

Coverage for additional preventive care

The Plan will cover several new types of preventive care at 100%. You pay no copays, deductibles, or coinsurance as long as you use a network provider.

- Low-dose aspirin to reduce the risk of preeclampsia (a condition that some pregnant women may develop). Low-dose aspirin is recommended after the 12th week of pregnancy in women at high-risk for preeclampsia. You must get this through the Prescription Drug Program.
- For children through age 5, topical fluoride varnish applied at your primary healthcare provider's office.
- Screening for Hepatitis B for anyone (men, women, and adolescents) who is at high risk for getting Hepatitis B.
- Behavioral counseling for overweight and obese adults (men and women) who have cardiovascular disease risk factors, such as high blood pressure or metabolic syndrome.

These changes will take effect no later than April 1, 2016. When you have questions about what type of preventive care is covered, call: UNITE HERE HEALTH—(855) 321-4373.

Get answers
to all your
questions:
(855) 321-4373

UNITE HERE
HEALTH 

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

**Get answers
to all your
questions:**

(855) 321-4373

**UNITE HERE
HEALTH**

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

General

Coverage ends for domestic partners

You can no longer enroll your domestic partner on and after April 1, 2016. If your domestic partner was enrolled before April 1, 2016, he or she will continue to be considered your dependent only through December 31, 2016. Children of your enrolled domestic partner also will continue to be considered your dependents only through December 31, 2016.

Beginning on and after January 1, 2017, domestic partner coverage will no longer be offered. This rule will also apply to children of your domestic partner. Coverage will be terminated for domestic partners and children of domestic partners as of January 1, 2017.

The Plan will continue to cover your legal spouse and your children, including stepchildren. You have the right to add a new spouse or a new child as your dependent. The rules for enrolling a new dependent will apply. (Marriage is a special enrollment event; you can enroll new dependents within 60 days of a special enrollment event.)

See your SPD or call us with questions about enrolling dependents.

Dental

Sus beneficios dentales están cambiando

Desde el 1 de junio del 2016, sus beneficios dentales se proporcionan a través de una organización de mantenimiento de la salud dental (DHMO), ofrecido por Cigna.

Usar sus beneficios DHMO

Sus beneficios dentales se proporcionan a través de un DHMO. Bajo un DHMO, debe seguir ciertas reglas para obtener beneficios dentales. Si no sigue estas reglas, puede tener que abonar usted mismo todo el coste del tratamiento dental. Si tiene alguna pregunta sobre cómo usar sus beneficios dentales, contacte con Cigna en el (800) 244-6224.

Cigna Dental Care HMO

nº gratuito: (800) 244-6224

www.mycigna.com

(debe registrarse para obtener una cuenta)

- Debe elegir un dentista primario que esté en la red de Cigna Dental Care HMO. Su dentista primario le proporciona asistencia dental y le refiere a especialistas dentales si fuera necesario.
- Excepto en el caso de emergencia, debe usar un dentista de la red. Si no usa un dentista de la red, tendrá que abonar usted mismo todo el coste del tratamiento dental.

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

(855) 321-4373

www.uhh.org

711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(855) 321-4373**



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

Dental (continuación)

Si tiene una emergencia, como un sangrado excesivo, infección aguda o dolor grave, intente contactar con su dentista primario. Su dentista primario debería atender cualquier emergencia en un plazo de 24 horas. Si está fuera de la zona de servicio de Cigna, o no puede localizar a su dentista primario, puede ir a cualquier dentista para recibir tratamiento. Si utiliza un dentista de la red, debería presentar una reclamación ante Cigna. Cigna le abonará hasta \$50 del pago realizado por obtener alivio inmediato. Seguirá siendo responsable de: cualquier copago por su atención, los cargos sobre el reembolso máximo de \$50, o cualquier cargo que Cigna no cubra. Una vez que obtenga alivio inmediato por la emergencia, debería ver a su dentista primario para recibir cualquier tratamiento adicional. La atención dental, incluso la atención dental en caso de emergencia, no está cubierta normalmente bajo su beneficio médico. Si usted va a un centro de emergencias o a su proveedor médico para obtener asistencia dental, normalmente tendrá que abonar el 100% del coste.

- Siempre puede obtener una segunda opinión en relación con la asistencia dental propuesta. Póngase en contacto con Cigna para obtener una recomendación a otro dentista.
- Si vive y trabaja fuera de la zona de servicio de Cigna Dental Care HMO, no tendrá derecho a obtener beneficios dentales. Esta regla también se aplica a los dependientes (como hijos adultos que vayan a la universidad o que ya no vivan con usted). Esta regla se aplica hasta que usted, o su dependiente, vivan o trabajen en la zona de servicio de nuevo.
- Cigna normalmente no coordinará beneficios dentales si usted tiene cobertura bajo otro plan dental, o si usted o su cónyuge están ambos cubiertos como empleados.

Su dentista primario bajo el DHMO

Debe elegir un dentista primario que proporcione a usted y a su familia asistencia dental. Si necesita atención dental especializada, su dentista primario le derivará a atención especializada. Debe tener esta derivación para obtener beneficios por la atención especializada. La única excepción es que no necesita una derivación para ver a un ortodoncista de la red.

Puede elegir a cualquier dentista de la red Cigna DHMO que acepte nuevos pacientes. No tiene que elegir el mismo dentista primario que sus dependientes. Usted y su cónyuge pueden usar un dentista primario, y sus hijos pueden usar otro dentista.

Los niños menores de siete años pueden usar un odontopediatra como su dentista primario. Tras cumplir siete años, él o ella solo podrá ver un odontopediatra con una derivación del dentista primario (que no es un odontopediatra).

Dental (continuación)

Puede cambiar su dentista primario en cualquier momento, y tan a menudo como desee. Sin embargo, debe esperar para ver a su nuevo dentista primario hasta que Cigna haya procesado su solicitud de cambiar de dentista primario. Cigna puede comunicarle cuando su cambio de dentista primario se haya realizado.

Puede entrar en www.mycigna.com, o contactar con Cigna en el (800) 244-6224 para elegir un dentista primario o cambiarlo.

Qué paga usted bajo el DHMO

Usted abonará cualquier copago requerido por su asistencia dental. El folleto titulado “Esquema de cargos al paciente” lista sus copagos. Si necesita una copia de este folleto, contacte con UNITE HERE HEALTH o con Cigna. Muchos tipos de asistencia dental rutinaria, como exámenes estándar y rayos X no tienen copago. Tendrá que pagar un copago por otros tipos de gastos cubiertos para su asistencia dental. También tendrá que pagar por cualquier tratamiento dental que no se considere un gasto cubierto, incluyendo aquel tratamiento que reciba más frecuentemente de lo permitido.

Qué está cubierto bajo el DHMO

Existen límites sobre la frecuencia con la que ciertos servicios y tratamientos se cubren. Si no ha pasado el periodo de tiempo mostrado a continuación desde que se proporcionó por última vez el servicio o tratamiento, quizá tenga que pagar el coste completo. Siempre puede contactar con Cigna para saber cuándo obtuvo beneficios por última vez para un cierto servicio o tratamiento. El límite de tiempo comienza en la fecha en que obtuvo por última vez el servicio o tratamiento. Los límites de tiempo se miden en meses o años consecutivos.

El esquema de cargos al paciente de Cigna y los certificados de cobertura contienen información específica sobre qué está cubierto.

- **Diagnóstico y servicios y procedimientos preventivos** para evaluar las condiciones existentes y/o para prevenir anomalías o enfermedades dentales, incluyendo exámenes y limpiezas.
 - Exámenes orales, limitados a 4 cada 12 meses consecutivos.
 - Limpieza regular (profilaxis), limitada a dos por año natural. Bajo ciertas circunstancias, pueden permitirse visitas extras, si es médicamente necesario. Normalmente se aplicará un copago a las visitas extra.
 - Radiografías panorámicas, limitadas a 1 cada tres años.
 - Radiografías intraorales (serie completa), limitadas a 1 cada tres años.
 - Captura TC de haz cónico, limitada a 1 cada año natural, y solo cubierta en conexión con una evaluación de la articulación temporomandibular (ATM).

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(855) 321-4373**

**UNITE HERE
HEALTH**

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

Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(855) 321-4373

UNITE HERE
HEALTH

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

Dental (continuación)

- Aplicación tópica de flúor, limitada a dos veces por año natural.
- Selladores.
- Mantenedores de espacio.
- **Cuidado paliativo de emergencia**, incluyendo tratamiento para aliviar temporalmente el dolor y las molestias.
- **Radiografías de diagnóstico**, para diagnosticar una condición específica.
- **Tratamientos restauradores**, incluyendo amalgama (empastes de color plateado) y empastes de resina y pulido.
- **Coronas y puentes**, incluyendo inlays, onlays, coronas, reconstrucción de raíz, retención de pines, puentes y recementación. La sustitución de coronas y puentes está limitada a 1 cada cinco años.
- **Tratamientos y procedimientos de endodoncia**, para tratar los dientes con nervios enfermos o dañados, incluyendo recubrimiento pulpar, pulpotomías, endodoncias, apicectomía o cirugía periadicular, y empaste retógrado.
- **Servicios periodónticos**, para tratar enfermedades de las encías y dar soporte a la estructura de los dientes, incluyendo gingivectomía o gingivoplastia, alargamiento clínico de coronas, cirugía ósea, injerto óseo y injerto de tejido blando.
 - La limpieza profunda (curetaje periodontal) está limitada a 4 cuadrantes cada 12 meses consecutivos.
 - El mantenimiento periodontal está limitado a 4 por año, y solo tras una terapia periodontal activa.
 - El desbridamiento de la boca completa está limitado a 1 en la vida del paciente.
 - Los procedimientos periodontales regenerativos están limitados a 1 vez por zona (o diente).
 - La administración localizada de agentes antimicrobianos está limitada a 8 dientes (o zonas) cada 12 meses consecutivos.
- **Prostética** (sustituciones de dientes extraíbles, incluyendo implantes y pilares) y reparaciones (revestimiento y rebasado).
 - El ajuste de la prótesis se cubrirá hasta 4 veces durante los primeros seis meses tras la inserción.
 - La sustitución prótesis está limitada a 1 cada cinco años.
 - El revestimiento de la dentadura está limitado a 1 cada 36 meses.
 - La sustitución de coronas, puentes y dentaduras soportadas por implantes está limitada a 1 cada cinco años.
- **Cirugía oral**, extracciones y otros procedimientos quirúrgicos, incluyendo cuidado pre y post operatorio, y anestesia general. Estos tipos de tratamientos están solo cubiertos si el paciente es mayor de 15 años.

Dental (continuación)

- Los dispositivos ortodónticos oclusales o férulas están limitados a 1 juego cada 24 meses, y solo están cubiertos en conexión con un tratamiento ATM.
- La anestesia general está cubierta cuando es administrada por un cirujano oral para un gasto cubierto médicamente necesario, y está limitada a una hora por cita, incluyendo empastes de amalgama (empastes de color plateado) y de resina y pulido.
- La sedación IV está cubierta cuando es administrada por un cirujano oral o un periodoncista para un gasto cubierto médicamente necesario, y está limitada a una hora por cita.
- **Tratamiento de ortodoncia**, limitado a 24 meses de tratamiento. Cada mes de tratamiento activo es un servicio independiente y tiene un copago independiente.

Qué no está cubierto bajo el DHMO

A menos que la legislación estatal así lo requiera, los siguientes tipos de tratamiento, servicios y asistencias no están cubiertos.

- Los servicios o tratamientos proporcionados por un dentista que no pertenezca a la red sin la aprobación previa de Cigna, excepto en el caso de asistencia de emergencia recibida de acuerdo con las normas de Cigna para obtener asistencia de emergencia.
- Los servicios o tratamientos proporcionados por un especialista cuando la atención del especialista no haya sido referida por su dentista primario y aprobada por Cigna.
- Los servicios o tratamientos proporcionados por un dentista de la red que no haya sido aprobado por Cigna como su dentista primario, excepto en el caso de atención de emergencia.
- Los servicios no listados específicamente como cubiertos bajo el esquema de cargos del paciente o los términos del contrato de Cigna.
- Los servicios o tratamientos proporcionados con más frecuencia de lo permitido bajo el esquema de cargos del paciente de Cigna o los términos del contrato de Cigna.
- Por o en conexión con un daño que surja de, o en el curso de, cualquier empleo por una nómina o beneficio.
- Por los cargos que no hayan sido realizado en alguna instalación, distinta a un hospital o institución correccional, propiedad u operada por el gobierno de Estados Unidos o por un gobierno estatal o municipal si usted no tenía seguro.
- Hasta el punto de que el pago sea ilegal donde reside cuando los gastos sean incurridos o los servicios sean recibidos.
- Por cargos que los que usted (o sus dependientes) no tengan la obligación legal de pagar.

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(855) 321-4373**

**UNITE HERE
HEALTH**

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

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(855) 321-4373**



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

Dental (continuación)

- Por cargos que no habría incurrido si no tuviera un seguro.
- Por o en conexión con un daño auto infligido.
- Servicios relacionados con un daño o enfermedad pagada bajo la compensación del trabajador, enfermedad ocupacional o legislación similar.
- Los servicios proporcionados o pagados por o a través de una agencia o autoridad Federal o estatal, subdivisión política o programa público distinto a Medicaid.
- Los servicios requeridos durante el servicio en las fuerzas armadas de cualquier país o autoridad internacional o relacionados con una guerra declarada o no declarada o con actos de guerra.
- La odontología cosmética o la cirugía dental cosmética (según la definición de Cigna), a menos que se liste específicamente como cubierto bajo el esquema de cargos del paciente.
- Anestesia general, sedación y óxido nitroso, a menos que sea médicamente necesario y en conexión con los servicios cubiertos realizados por un cirujano oral o un odontólogo. Cigna no cubre anestesia general o sedación IV para el control de la ansiedad o el manejo del paciente.
- Medicamentos bajo receta.
- Procedimientos, aplicaciones o restauraciones, si el fin principal es cambiar la dimensión vertical (grado de separación de la mandíbula cuando los dientes estén en contacto), o para restaurar dientes que hayan sido dañados por desgaste, abrasión, erosión y/o abfracción.
- Sustitución de aparatos fijos y/o removibles (incluyendo aparatos de ortodoncia removibles) que hayan sido perdidos, robados o dañados por culpa del paciente, por un mal uso o por negligencia.
- La colocación quirúrgica de un implante dental; reparación, mantenimiento o extracción de un implante dental; pilares de implantes o cualquier tratamiento relacionado con la colocación quirúrgica de un implante dental, a menos que se liste específicamente en el esquema de cargos del paciente.
- Los servicios considerados como innecesarios o experimentales en su naturaleza, o que no cumplan con los estándares dentales comúnmente aceptados.
- Los procedimientos o aparatos para el guiado menor del diente o para controlar hábitos dañinos.
- La hospitalización, incluyendo cualquier cargo incremental por los servicios dentales realizados en un hospital, excepto si los beneficios son pagaderos para los cargos del dentista general de la red para los servicios cubiertos realizados en un hospital (otros cargos asociados no están cubiertos).
- Servicios si no está cubierto bajo ningún plan médico del grupo, a menos que lo requiera la legislación estatal.

Dental (continuación)

- La finalización de coronas, puentes, dentaduras o tratamientos endodónticos que ya estén en progreso cuando se convirtió en elegible para obtener beneficios dentales.
- La finalización de prótesis soportadas por implantes, incluyendo coronas, puentes y dentaduras, que ya estén en progreso cuando se inscribió en el plan para obtener beneficios dentales, a menos que se haya listado específicamente como cubierto bajo el esquema de cargos del paciente.
- El injerto óseo y/u otros procedimientos de regeneración de tejidos guiada cuando se realicen en la zona de una extracción dentaria, a menos que se liste específicamente como cubierto bajo el esquema de cargos del paciente.
- El injerto óseo y/o la regeneración de tejidos guiada cuando se realice junto con una apicectomía o una cirugía periadicular.
- Endodoncia intencional en ausencia de daño o enfermedad únicamente para facilitar un procedimiento restaurador.
- Los servicios realizados por un prostodoncista.
- La administración localizada de agentes antimicrobianos cuando se realicen únicamente o en la ausencia de una terapia periodontal tradicional.
- Cualquier administración localizada de procedimientos de agente antimicrobiano cuando se reporten más de 8 de estos procedimientos en la misma fecha del tratamiento.
- Control de infecciones y/o esterilización.
- La recementación de un inlay, onlay, corona, poste y raíz, o puente fijo en un plazo de 180 días de la colocación inicial.
- Servicios para corregir malformaciones congénitas, incluyendo la sustitución de dientes ausentes de forma congénita.
- Coronas, puentes y/o prótesis soportadas por implantes usados solamente para ferulizar.
- Retenedores adheridos con resina y elementos asociados.
- Servicios o tratamientos para cualquiera que no se considere dependiente bajo los términos de contrato de Cigna.
- Tratamiento en progreso cuando empiece a estar cubierto bajo los beneficios dentales.
- Cualquier otro servicio o tratamiento no cubierto bajo los términos del contrato de Cigna.

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(855) 321-4373**

**UNITE HERE
HEALTH**

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

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(855) 321-4373**



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

Dental (continuación)

Presentar una reclamación dental bajo el DHMO

Generalmente no necesitará presentar una reclamación para asistencia dental. Los proveedores de Cigna presentarán la reclamación en su nombre. Los beneficios no están disponibles

generalmente si usted utiliza un dentista que no esté en la red, excepto en caso de emergencia. Si necesita presentar una reclamación por asistencia dental, puede obtener un formulario de reclamación de Cigna llamando al (800) 244-6224 o visitando www.mycigna.com. Deberá proporcionar toda la información que Cigna necesita para procesar la reclamación.

Contacte con Cigna o consulte el folleto/certificado del plan de Cigna de cobertura para obtener más información sobre cómo presentar una reclamación, las reglas de procesamiento de reclamaciones, los plazos de tiempo y los procedimientos de apelación. Contacte con Cigna si necesita un folleto/certificado del plan de cobertura, si necesita ayuda para presentar una reclamación, o si tiene alguna pregunta sobre la reclamación dental y el proceso de apelación.

El contrato con Cigna rige sus beneficios DHMO

El contrato entre UNITE HERE HEALTH y Cigna determina los beneficios. Si existe un conflicto entre cualquier información que redacte el Plan (como este SMM o su SPD) y el contrato, los términos del contrato de Cigna prevalecerán. Las partes de su SPD que hablan sobre la coordinación de beneficios, subrogación, exclusiones y limitaciones generales, presentación de reclamaciones y provisiones de apelaciones, y las definiciones no se aplican al beneficio DHMO proporcionado por Cigna.

Envíe su reclamación por correo a:

Cigna
P.O. Box 188037
Chattanooga, TN 37422-8037

Visión

Sus beneficios ópticos están cambiando

Desde el 1 de junio del 2016, sus beneficios de atención óptica actuales con un reembolso máximo de \$200 cada 24 meses se sustituye con beneficios de atención óptica a través de Vision Service Plan (VSP).

Sus beneficios ópticos

VSP ofrece una red nacional de grandes cadenas y proveedores independientes para obtener más beneficio de sus beneficios ópticos. Puede elegir un proveedor fuera de la red y obtener cobertura para la atención de sus ojos.

Contacte con VSP para encontrar un proveedor en la red, hacer alguna pregunta sobre sus beneficios o realizar un seguimiento de una reclamación óptica:

(800) 852-7600

www.vsp.com

Qué paga por los beneficios de atención óptica

Los beneficios son pagaderos una vez cada 12 meses	Proveedor de la red VSP	Proveedor fuera de la red
Examen de la vista	Copago de \$10	Copago de \$10 <i>El Plan solo paga hasta \$45</i>
Monturas	Copago de \$25 <i>El Plan solo paga hasta \$160 por monturas</i>	Copago de \$25 <i>El Plan solo paga hasta \$70</i>
Lentes	Obtendrá un descuento de \$20 extra en ciertas marcas, y un descuento del 20% en otras monturas sobre lo permitido	Copago de \$25 <i>El Plan solo paga hasta:</i> <ul style="list-style-type: none"> • \$30 por lentes individuales • \$50 por lentes bifocales • \$65 por lentes trifocales • \$100 por lentes lenticulares
Lentes de contacto (en vez de gafas)	100% por examen <i>Su coste por la evaluación y colocación está limitado a \$50</i> \$0 por lentes de contacto <i>El Plan solo paga hasta \$160 por lentes de contacto</i>	100% hasta \$120

Obtenga respuestas para todas sus preguntas: (855) 321-4373

UNITE HERE
HEALTH

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

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(855) 321-4373**



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

Visión (continuación)

Gastos cubiertos

Sus gastos cubiertos bajo el beneficio de VSP incluyen:

- Examen, consulta o tratamiento por un profesional licenciado en atención de la visión.
- Lentes, incluyendo visión única, bifocales, trifocales o lenticulares.
- Monturas
- Lentes de contacto, incluyendo exámenes independientes y colocación.
- Las lentes con revestimiento estándar resistente a arañazos y de policarbonato (solo para niños) están disponibles sin copago si utiliza un proveedor de la red.

Servicios para baja visión

Puede obtener servicios para baja visión si un proveedor de la red cree que necesita tratamiento adicional. VSP debe pre-aprobar cualquier servicio para baja visión. Generalmente, VSP paga el 100% de las pruebas de baja visión (hasta dos pruebas complementarias cada dos años), y el 75% de las ayudas complementarias (hasta \$1,000 cada dos años), sin importar si utiliza un proveedor de la red o de fuera de ella.

Sin embargo, si utiliza un proveedor fuera de la red, VSP solo pagará hasta \$125 por el examen de baja visión. Su proveedor de VSP debe prescribir servicios de baja visión y usted debe cumplir con las reglas de VSP para poder obtener servicios de baja visión. Contacte con VSP para obtener más información sobre estos servicios.

Mejoras y opciones

Aunque el Plan no pagará mejoras y opciones, si utiliza un proveedor de la red, puede obtener ciertas mejoras u opciones por una tarifa establecida. Las opciones de lentes comunes incluyen, sin limitación, los revestimientos anti reflejos, lentes de policarbonato para adultos y lentes fotocromáticas.

También puede obtener descuentos para cirugía láser. (No se pagan beneficios por cirugía láser ocular; usted pagará todo el coste rebajado).

Si tiene alguna pregunta sobre las mejoras y opciones, contacte con VSP o pregunte a su proveedor en la red.

Visión (continuación)

Qué no está cubierto

Independientemente de si utiliza un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red, también deberá abonar los gastos que el Plan no cubra o los importes en exceso del importe permitido.

No se proporcionarán beneficios de asistencia óptica para:

- Lentes sin prescripción.
- Dos pares de gafas en vez de bifocales.
- Cualquier tipo de lente, montura, servicio, tratamiento u opciones que no estén cubiertos bajo el contrato con VSP.
- Ortóptica, entrenamiento ocular o cualquier prueba complementaria asociada.
- Tratamiento médico o quirúrgico de los ojos, incluyendo tratamiento quirúrgico para corregir la visión.
- Modificación, pulido o limpieza de las lentes de contacto.
- Servicios o tratamientos para la baja visión que no estén pre-aprobados o que superen los límites de beneficios máximos o frecuencia especificados en el contrato con VSP.
- Sustitución de lentes de contacto, gafas o monturas perdidas, robadas o rotas.
- Monturas/lentes en adición de lentes de contacto durante el mismo periodo de beneficio.

Presentar una reclamación

Si utiliza un proveedor de VSP, no necesita presentar un formulario de reclamación. Haga su cita, y su proveedor verificará su elegibilidad y sus beneficios, y gestionará el resto.

Si utiliza un proveedor fuera de la red, normalmente tendrá que pagar los cargos del proveedor cuando obtenga su asistencia o tratamiento. Deberá completar un formulario de reclamación con VSP para obtener el reembolso de su asistencia óptica. Si necesita presentar una reclamación por asistencia óptica, puede obtener un formulario de reclamación de VSP llamando al (800) 852-7600 o visitando www.vsp.com. Complete el formulario de reclamación y envíelo, en un plazo máximo de 365 días tras la fecha en que se proporcionaron los servicios o tratamientos.

Envíe su reclamación por correo a:

VSP
3333 Quality Drive
Rancho Cordova, CA 95670

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(855) 321-4373**

UNITE HERE
HEALTH

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

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(855) 321-4373**



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

Visión (continued)

Las reglas de procesamiento de reclamaciones, límites de tiempo y procedimientos de apelación que VSP debe seguir se describen en el contrato de VSP. Generalmente, si se rechaza una reclamación, debe solicitar una revisión en un plazo de 180 días tras la denegación. VSP responderá a su apelación no más tarde de 30 días tras recibir su solicitud de revisión. Si apela la denegación de su reclamación, puede presentar una apelación de segundo nivel en un plazo de 60 días tras la decisión de VSP sobre su apelación de primer nivel. VSP generalmente responderá a su apelación de segundo nivel en un plazo de 30 días. Si necesita ayuda para presentar una reclamación o apelación, o tiene alguna pregunta sobre cómo funcionan los procesos de reclamación y apelación de VSP, contacte con VSP.

Contrato por el que se rige VSP

Los beneficios bajo este beneficio de asistencia óptica se proporcionan a través de un contrato completamente asegurado entre el Plan y VSP. Si existe una discrepancia entre cualquier información de los beneficios de asistencia óptica proporcionados por el Plan y el contrato con VSP, los términos del contrato de VSP prevalecerán. Las partes de su SPD que hablan sobre la coordinación de beneficios, subrogación, exclusiones y limitaciones generales, presentación de reclamaciones y provisiones de apelaciones, y las definiciones no se aplican al beneficio óptico proporcionado por VSP.

Discapacidad a Corto Plazo

Sus beneficios de discapacidad a corto plazo están cambiando

Efectivo para discapacidades que comiencen a partir del 1 de junio del 2016, el periodo máximo de tiempo durante el que puede obtener beneficios por discapacidad a corto plazo se aumenta de 13 a 26 semanas.

Médica

Cobertura para atención preventiva adicional

El Plan cubrirá varios tipos nuevos de atención preventiva al 100%. No tendrá copagos, deducibles o coaseguro siempre que utilice un proveedor de la red.

- Aspirina a dosis bajas para reducir el riesgo de preeclampsia (una condición que algunas mujeres embarazadas pueden desarrollar). La aspirina a dosis bajas se recomienda tras la 12 semana de embarazo en mujeres con alto riesgo de preeclampsia. Debe obtener esto a través del Programa de medicamentos con prescripción.
- Para niños hasta los cinco años, barniz de flúor tópico aplicado en la clínica de su proveedor de atención primaria.
- Pruebas para detectar Hepatitis B para todo el mundo (hombres, mujeres y adolescentes) que tengan riesgo de contraer Hepatitis B.
- Terapia del comportamiento para adultos con sobre peso y obesos (hombres y mujeres) que tengan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, como presión alta o síndrome metabólico.

Estos cambios entrarán en vigor no más tarde del 1 de abril del 2016. Si tiene alguna pregunta sobre qué tipo de asistencia preventiva está cubierto, llame a UNITE HERE HEALTH al (855) 321-4373.

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(855) 321-4373**

UNITE HERE
HEALTH 

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

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(855) 321-4373**

General

La cobertura finaliza para parejas domésticas

Ya no puede inscribir a su pareja doméstica a partir del 1 de abril del 2016. Si su pareja doméstica se inscribió antes del 1 de abril del 2016, él o ella seguirá siendo considerado/a su dependiente solo hasta el 31 de diciembre del 2016. Los hijos de su pareja doméstica inscrita también seguirán siendo considerados sus dependientes solo hasta el 31 de diciembre del 2016.

Desde el 1 de enero del 2017, no se ofrecerá cobertura para la pareja doméstica. Esta regla también se aplica a los hijos de su pareja doméstica. La cobertura finalizará para las parejas domésticas y los hijos de la pareja doméstica desde el 1 de enero del 2017.

El Plan seguirá cubriendo a su cónyuge legal y a sus hijos, incluyendo sus hijastros. Tiene el derecho de añadir a un nuevo cónyuge o hijo como su dependiente. Se aplicarán las reglas para inscribir un nuevo dependiente. (El matrimonio es un evento de inscripción especial; puede inscribir nuevos dependientes en un plazo de 60 días tras el evento de inscripción especial).

Consulte su SPD o llámenos si tiene alguna pregunta sobre la inscripción de dependientes.

UNITE HERE
HEALTH 

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