

Prescription Drugs

Changes to your pharmacy benefits

Effective on and after April 1, 2016:

Several changes are made to your Hospitality Rx pharmacy benefits.

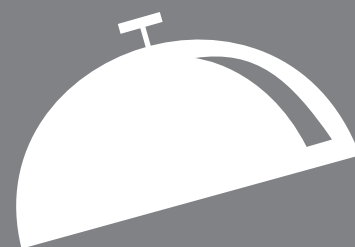
- A new rule gives you expanded access to early refills of your prescription drugs. In addition to early refills if you are traveling outside the U.S., you can now get an early refill for a lost or stolen prescription drug. Hospitality Rx must prior authorize any early refills.
 - If you get an early 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.

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



Hospitality Plan

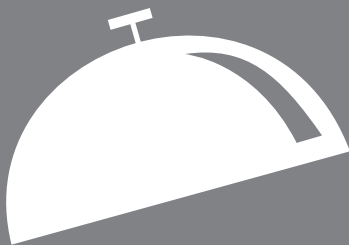
UNITE HERE
HEALTH

(855) 405-FUND

www.uhh.org

711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

Get answers
to all your
questions:
(855) 405-FUND



Hospitality Plan

UNITE HERE
HEALTH

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

Prescription Drugs *(continued)*

- 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.
- Drugs not on the formulary: Your healthcare provider can ask for an exception. However, you must try all of the medically appropriate drugs on the formulary before Hospitality Rx will review a request for coverage for a non-formulary drug.
- Medical foods.
- 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.)

General

Change in rules for proving a person is your dependent

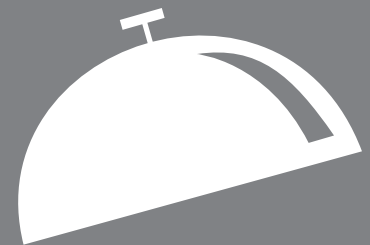
The rules for proving someone is your dependent are changing effective as of January 1, 2017.

- 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 UNITE HERE HEALTH if you need help enrolling a dependent.

Get answers
to all your
questions:
(855) 405-FUND



Hospitality Plan

UNITE HERE
HEALTH

www.uhh.org

711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

Get answers
to all your
questions:
(855) 405-FUND



UNITE HERE
HEALTH

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

General (continued)

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.

Internal appeal exception

In certain situations, if the Plan fails to follow its claims procedures, you are deemed to have exhausted the Plan's internal appeals process and may immediately seek an independent external review or pursue legal action under Section 502(a) of ERISA. Please note this exception does not apply if the Plan's failure is de minimis; non-prejudicial; based on good cause or matters beyond the Plan's control; part of a good faith exchange of information between you and the Plan; and not reflective of a pattern or practice of plan non-compliance.

If you believe the Plan violated its own internal procedures, you may ask the Plan for a written explanation of the violation. The Plan will provide you with an answer within ten (10) days.

To use this exception, you must request external review or commence a legal action no later than 180 days after receipt of the initial adverse determination. If the court or external reviewer rejects your request for immediate review, the Plan will notify you (within 10 days) of your right to pursue internal appeal. The applicable time limit for you to now file your internal appeal will begin to run when you receive that notice from the Plan.

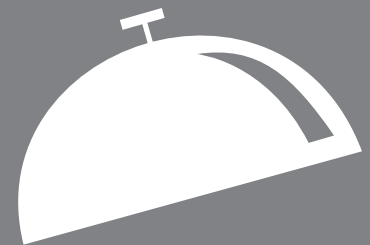
Medical

Corrections to your SPD

The following corrections are made to your SPD:

- The calendar year deductible under the Silver medical plan applies to infusion therapy and kidney dialysis.
- Your SPD shows the wrong phone number to get prior authorization for prescription drugs. If your drug requires prior authorization, call **(844) 484-4726**.
- If Hospitality Rx gives prior authorization for a drug not on the formulary, you will pay the copay that applies to that type of drug. If the drug is a generic, you pay the \$10 generic copay. If the drug is a brand name drug, you pay the \$30 brand name copay. If the drug is a specialty or biosimilar drug, you pay 25% of the cost, up to \$50.
- When you get vision care from non-VSP providers, a \$10 copay applies to most exams, and a \$25 copay applies to most eyeglasses or lenses for eyeglasses.
- You have 180 days *from the date you receive a denial letter* from Nevada Health Solutions (NHS) to file a first level appeal. Your SPD described the appeal deadline incorrectly.
- If your claim was denied because you did not get prior authorization for your medical care by contacting Nevada Health Solutions (NHS), you may appeal directly to the Trustees (there is only one level of appeal). If you would like to appeal a claim denied for lack of prior authorization, you must follow the claim and appeal procedures for claims with one level of appeal, shown on page F-7 of your SPD.
- For your information, ConsejoSano has a new address: ConsejoSano, 169 11th St., San Francisco, CA 94103

Get answers
to all your
questions:
(855) 405-FUND



Hospitality Plan

UNITE HERE
HEALTH

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

Get answers
to all your
questions:
(855) 405-FUND



UNITE HERE
HEALTH

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

Medical (continued)

Special termination rule change

The following language replaces the special termination rule if your Collective Bargaining Agreement (CBA) expires and your employer does not make contributions.

If: Your employer's Collective Bargaining Agreement expires, a new Collective Bargaining Agreement is not established, and your employer does not make the required contributions to UNITE HERE HEALTH,

Then: Your coverage ends on the last day of the month for which an employer contribution was last made.

This language is effective January 1, 2016.

Dental

New dental PPO option

A dental preferred provider organization (DPPO) is added effective January 1, 2017.

These dental benefits will be provided through a contract offered by Cigna.

These benefits only apply to you if you are enrolled in the DPPO dental benefit option. This information does not apply to you if you are enrolled in the DHMO dental benefit option.

The dental PPO option only applies to you if you are enrolled in the dental PPO option

If you are enrolled in the dental HMO option, this information does not apply to you.

If you aren't sure which dental option you are enrolled in, contact UNITE HERE HEALTH.

This SMM summarizes your dental benefits; however, if there is any conflict between this SMM and/or your SPD, and the contract between UNITE HERE HEALTH and Cigna, the terms of the contract governs.

Dental (continued)

Depending on the state governing your dental benefits, there may be a few differences between this summary of your benefits and how your dental benefits actually work. For example, who your dependent is for dental benefits, how Cigna must pay claims, and the types of benefits that are covered may be slightly different from state to state. (Cigna's rules would only apply to your Cigna dental benefits—not to other benefits provided under the Plan.) If you have any questions about how your dental benefits work, please contact Cigna.

Cigna

toll free: (800) 244-6224

www.mycigna.com

(you have to register for an account)

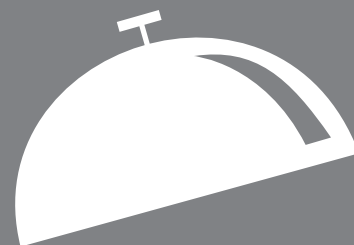
Cigna Dental Preferred Provider Organization (DPPO)

What you pay	Network Providers	Non-Network Providers
Calendar Year Deductible		
<i>Per Person</i>	\$50	
<i>Per Family</i>	\$150	
Maximum Benefit per Person		
<i>Lifetime Maximum Benefit for Orthodontic Care</i>	\$2,500	
<i>Calendar Year Maximum Benefit for Non-Orthodontic Dental Care</i>	\$1,500	
Diagnostic and Preventive Care	\$0	30%
Basic Restorative Care	20% after deductible	40% after deductible
Major Restorative Care	50% after deductible	60% after deductible
Orthodontic Care	50%	

What's covered under the DPPO

Covered expenses mean all allowable charges made by a dentist for the types of services and supplies listed below. In order to be considered a covered expense, Cigna must determine that the service or supply was based on a valid dental need and performed according to accepted standards of dental practice.

Get answers
to all your
questions:
(855) 405-FUND

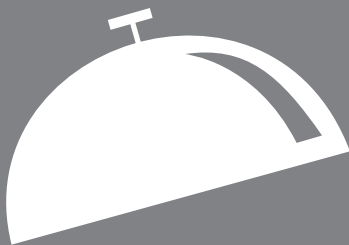


Hospitality Plan

UNITE HERE
HEALTH

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

Get answers
to all your
questions:
(855) 405-FUND



Hospitality Plan

UNITE HERE
HEALTH

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

Dental *(continued)*

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 100% of the cost. You can always contact Cigna to find out the last time you 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.

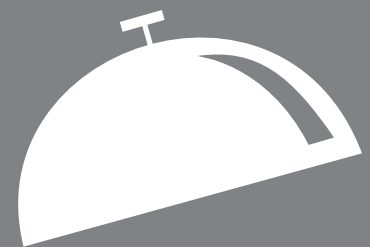
The types of services and supplies that are covered are listed below. Cigna's patient charge schedule and certificates of coverage contain more specific information about what is covered.

- **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 two every 12 months.
 - Routine cleanings, limited to two every 12 months. Additional, medically necessary visits may be permitted under certain circumstances.
 - Full mouth (panoramic) x-rays, limited to one set every 3 years.
 - Bitewing x-rays, limited to two sets every 12 months.
 - Topical application of fluoride for people under age 19, limited to once every six months.
 - Sealants to the first and second permanent molars for people under age 16, limited to one application per lifetime. Sealants are only covered on the first or second molar, and only if the tooth is free of decay and has not had a restoration.
- **Emergency palliative care**, including treatment to temporarily relieve pain and discomfort.
- **Diagnostic x-rays** to diagnose a specific condition.
- **Oral surgery**, extractions, and other surgical procedures, including pre-operative and post-operative care, and general anesthesia.
- Endodontic services and procedures to treat teeth with diseased or damaged nerves (for example, root canals).
 - Benefits for root canal treatment on primary teeth will be limited to the benefits provided for pulpotomy.
- **Periodontic services** to treat diseases of the gums and supporting structures of the teeth.
 - Periodontal surgery, including sub-gingival curettage—once per quadrant every 24 months.

Dental *(continued)*

- Periodontal scaling in the presence of gingival inflammation will be paid the same as standard prophylaxis.
- Benefits for four quadrants of scaling and root planing performed in a 24-hour period will be limited to the benefits provided for full-mouth scaling and root planing.
- **Restorative services** to rebuild, repair, or reform the tissues of the teeth, including but not limited to:
 - Minor restorative services such as amalgam, synthetic porcelain, or resin restorations.
 - Major restorative services such as crowns, jackets, and gold restorations if the teeth cannot be restored with another filling.
 - Amalgam or resin restoration—once per tooth surface every 12 months.
 - Benefits for multiple restorations on the same tooth will be limited to the benefit provided for one multi-surface restoration.
 - Benefits for resin restorations are limited to those shown for amalgam restorations if x-rays show decay in the molar or pre-molar on which the resin restoration is placed.
 - Benefits for cast restorations with cosmetic (elective) components will be limited to the benefits provided for cast metal restorations.
 - Benefits for teeth which cannot have cast restorations because of decay or missing tooth structure on less than four surfaces are limited to the benefits provided for amalgam or resin restorations.
 - Benefits for inlays will be limited to the benefits provided for comparable amalgam restorations.
 - Benefits for four-surface onlays will be limited to the benefits provided for three-surface onlays.
- **Prosthetic services** and appliances that replace missing natural teeth, including bridges, partial dentures, and complete dentures.
 - Complete replacement of denture base materials or reline—once every 24 months.
 - Benefits for a fixed partial denture placed in a dental arch with three or more missing teeth are limited to the benefits provided for removable dentures. However, this limit does not apply to a pre-existing fixed partial denture that is considered covered.
 - Benefits for pontics are limited to the benefit for one pontic if the space between teeth created by a missing tooth is greater than the size of the original tooth.

**Get answers
to all your
questions:
(855) 405-FUND**



Hospitality Plan

**UNITE HERE
HEALTH**

www.uhh.org

711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

Get answers
to all your
questions:
(855) 405-FUND



UNITE HERE
HEALTH

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

Dental *(continued)*

- Benefits for personalization of dentures, precision attachments, stress breakers, or specialized techniques are limited to the benefits provided for conventional dentures.
- **Prosthodontic repairs and relines** to prosthetic appliances.
- **Orthodontic services** including x-rays, diagnostic tests, casts and treatment, and fixed or removable appliances, including retention appliances. Only one appliance per person for tooth guidance or to control harmful habits will be covered. Each month of active treatment is a separate service.

If treatment is interrupted and another dentist completes the treatment, Cigna will determine the benefit (if any) to be paid to each dentist.

What's not covered under the DPPO

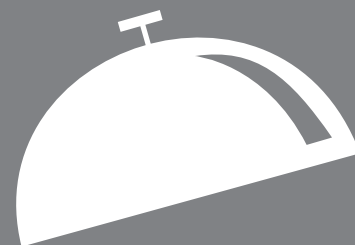
Unless required by state law, the following types of treatments, services, and supplies are not covered.

- Topically applied fluorides for persons age 19 or older.
- Space maintainers unless used as a passive appliance because primary teeth have been lost.
- Repair or recementing of space maintainers by the same office within six months of initial placement.
- Root canal therapy when x-rays show incompletely filled canals, unresolved periapical pathology, or canals filled with material not approved for endodontic therapy by the American Dental Association.
- Endodontic treatment of a tooth on which endodontic services were previously performed by the same office.
- Endodontic treatment performed in conjunction with removable prosthodontic appliances.
- Pulpal therapy on non-vital deciduous teeth.
- Alveolectomy/alveoloplasty performed in conjunction with extractions.
- Replacement of a cast restoration within 60 months after initial placement of an existing restoration.
- Crown buildup when x-rays show evidence of sufficient vertical height to support a cast restoration.
- Recementing of inlays, onlays, or crowns by the same office within six months of the initial placement.
- Repair of cast restorations.

Dental *(continued)*

- Periodontal surgery or therapy in the absence of x-ray evidence of bone loss.
- Grafts or gingivectomies performed in conjunction with osseous surgery.
- Guided tissue regeneration.
- Crown lengthening or gingivoplasty if not performed at least four weeks prior to crown preparation.
- Periodontal maintenance procedures performed within three months after active periodontal therapy.
- Replacement or repair of an existing prosthodontic appliance within 60 months after initial placement or repair.
- Prosthodontic appliances related to implants.
- Reline or rebase of an existing appliance within six months after initial placement.
- Fixed prosthodontics for anyone under age 16.
- Tissue conditioning.
- A pontic when the space between teeth created by a missing tooth is less than 50% of the size of the original tooth.
- Recementing of fixed partial dentures by the same office within 6 months after initial placement.
- Services for injuries or conditions for which you may be able to receive benefits under Workers' Compensation or Employer's Liability laws.
- Services that are available from:
 - Any federal or state government agency, other than programs provided under Title XIX of the Social Security Act, as amended (Medicaid).
 - Any municipality, county, or other political subdivision.
- Any community agency, foundation, or similar entity.
- Services designed to correct developmental malformations.
- Cosmetic surgery or dentistry for cosmetic reasons.
- Services or appliances, including, but not limited to, prosthodontics (including crowns and bridges), completed before you are covered under the Plan. Although orthodontic treatment that is performed before you are eligible will not be covered, ongoing orthodontia treatment may be covered after you become eligible.
- Prescription drugs or their administration.
- Services of anesthetists or anesthesiologists.
- Services performed on second or third molars if there is no opposing tooth.

**Get answers
to all your
questions:
(855) 405-FUND**

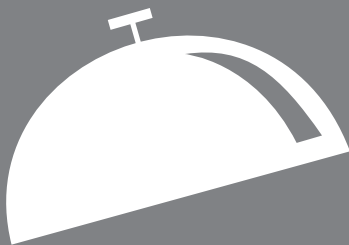


Hospitality Plan

**UNITE HERE
HEALTH**

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

Get answers
to all your
questions:
(855) 405-FUND



Hospitality Plan

UNITE HERE
HEALTH

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

Dental *(continued)*

- Services performed on a tooth when less than 40% of the root is supported by bone.
- Services performed on a primary tooth when the tooth is about to be lost.
- Charges for completion of forms.
- Sealants for persons age 16 or older.
- Services:
 - That are not necessary and/or customary as determined by the standards of generally accepted dental practice.
 - For which no valid dental need can be demonstrated.
 - That are experimental or investigational.
 - That are otherwise limited or excluded according to the procedures developed by Cigna.
- Appliances, surgical procedures, and restorations for:
 - Altering vertical dimension.
 - Replacing tooth structure loss resulting from attrition, abrasion, or erosion.
 - Correcting congenital or developmental malformations.
 - Aesthetic or cosmetic purposes.
 - Implantology techniques or edentulous ridge enhancement.
 - Anticipation of future fractures.
- Treatment by an individual operating outside the scope of his or her license.
- Appliances, restorations, or services for the diagnosis or treatment of disturbances of the temporomandibular joint (TMJ).
- Services performed as a component of another procedure.
- Temporary services or procedures.
- Infection control procedures and fees associated with the rules of the Occupational Safety and Health Administration (OSHA).
- Placement of an additional appliance in the same dental arch less than 60 months following placement of the initial appliance.
- Services covered under the medical benefits.
- Services or supplies provided more frequently than allowed by the Plan.

Dental (continued)

Predetermination of dental benefits

If your dentist recommends dental work that is estimated to cost \$250 or more, you can ask Cigna to help you determine how much the Plan will pay. This is a voluntary program, but contacting Cigna before you have complex or expensive dental work will help you and your dentist understand what the Plan will pay for your proposed care. By contacting Cigna in advance, you will have a better idea of what your share of the costs will be so you don't get surprise bills.

If you take advantage of this program, Cigna will review your dentist's records and provide you and your dentist with an estimate of what you must pay, and what the Plan will pay.

Predetermination of benefits does not guarantee what benefits the Plan will pay or that any benefits will be paid for dental treatment or services provided. As always, any treatment decisions are between you and your dentist. All Plan rules will apply to any dental claims you file.

Dental benefits after eligibility ends

If your coverage ends, Plan benefits will only be paid for allowable charges incurred for covered expenses before your coverage ends. However, if your coverage ends after your treatment starts for fixed bridgework, complete or partial dentures, root canal therapy, crowns, inlays, or onlays, the Plan continues to pay benefits for these dental services, as long as the device is installed or the treatment is completed within three months of the date you lose coverage.

Alternate course of treatment

If more than one dental service that could provide suitable treatment based on common dental standards, Cigna will determine which dental service will be payable and the expenses that will be considered a covered expense. You and your dentist are free to apply this benefit payment to the treatment of your choice; however, you are responsible for any expenses which are more than the covered expense.

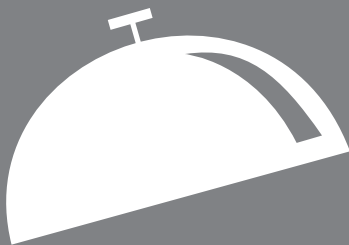
**Get answers
to all your
questions:
(855) 405-FUND**



**UNITE HERE
HEALTH**

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

Get answers
to all your
questions:
(855) 405-FUND



Hospitality Plan

UNITE HERE
HEALTH

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

Dental (continued)

Filing a dental claim under the DPPO

Generally you do not need to file a claim for dental care. Cigna providers will file the claim on your behalf. If you use a non-network dentist, the dentist may file a claim for you, or you may have to pay the claim yourself and then file a claim with Cigna. 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.

Mail your claims to:

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

You may file an appeal with Cigna within one year of Cigna's original claim decision. Cigna will usually make a decision within 15 days of receipt of your appeal if the denial is for a pre-service claim. Cigna will usually make a decision within 30 days of receipt of your appeal for all other denials. Cigna may take an additional 15 days to determine your claim; if so, you will be notified in writing of the need for more time. You have the right to file a second level appeal if your claim is still denied in whole or in part under the first level appeal. Cigna will make a decision on your second level appeal within 30 days. Cigna may take an additional 15 days to determine your claim; if so, you will be notified in writing of the need for more time. You also have the right to an expedited review under both levels of appeals if your claim is for urgent or emergency care. If Cigna determines expedited review is necessary, Cigna will provide a decision on your appeal within 72 hours.

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.

Cigna DPPO and your SPD

The parts of your SPD that govern coordination of benefits, subrogation, general exclusions and limitations, claim filing and appeal provisions, and definitions do not apply to the DPPO benefits provided under the contract with Cigna. Please call Cigna or refer to your Cigna plan booklet/certificate of coverage for more information on these topics.

When you have questions about getting prior authorization, or if you need help filing a claim or appeal, call UNITE HERE HEALTH.

Medicamentos Recetados

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.

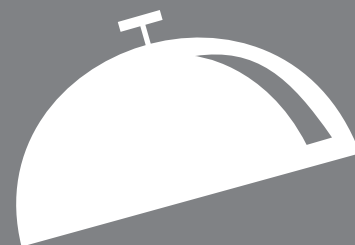
Este documento presenta un Resumen de las modificaciones de materiales (SMM, según sus siglas en inglés), según la Ley de seguridad de ingresos para los empleados jubilados (ERISA, según sus siglas en inglés), de 1974, según enmienda, y sintetiza las medidas que acaba de tomar el Consejo administrativo 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



Hospitality Plan

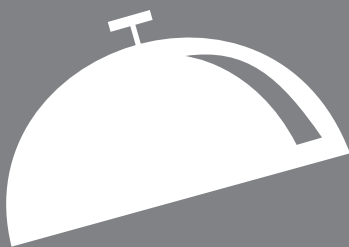
UNITE HERE
HEALTH

(855) 405-FUND

www.uhh.org

711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(855) 405-FUND**



Hospitality Plan

**UNITE HERE
HEALTH**

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

Medicamentos Recetados (continuación)

- 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.

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.
- Medicamentos que no aparecen en el formulario. Su proveedor de atención médica puede solicitar una excepción. No obstante, usted deberá hacer la prueba con todos los medicamentos médicamente equivalentes del formulario, antes de que Hospitality RX revise una solicitud de cobertura para un medicamento que no figure en el formulario.
- 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.)

General

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

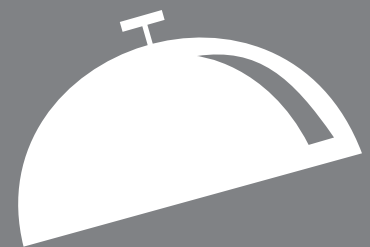
Las reglas para comprobar que una persona es su dependiente han cambiado y entrarán en vigor el 1 de enero de 2017.

- Actualmente se proporcionan copias notarizadas 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 notarizadas 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 los Coordinadores asistencia de UNITE HERE HEALTH si necesita ayuda para inscribir a un dependiente.

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(855) 405-FUND**



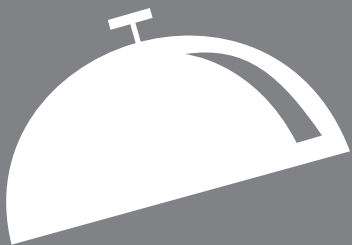
Hospitality Plan

**UNITE HERE
HEALTH**

www.uhh.org

711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(855) 405-FUND**



Hospitality Plan

**UNITE HERE
HEALTH**

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

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.

Excepción a la apelación interna

En determinadas situaciones, si el Plan falla en seguir sus procedimientos de reclamo, se considera que usted ha agotado el proceso de apelación interno del Plan y puede inmediatamente buscar una revisión externa, independiente, o proceder a una acción legal bajo la Sección 502(a) de ERISA. Tome en cuenta que esta excepción no cuenta si la falla del Plan es de minimis; (por cuestiones menores), no perjudicial, basada en una causa justificada o en asuntos fuera del control del Plan; forma parte de un intercambio de información de buena fe entre usted y el Plan; y no refleja un patrón o práctica de no cumplimiento del plan.

Si usted piensa que el Plan violó sus propios procedimientos internos, puede pedir al Plan que le proporcione una explicación escrita de la violación. El plan le proporcionará respuesta en el transcurso de diez (10) días.

Para usar esta excepción, debe solicitar una revisión externa, o dar inicio a una acción legal en el transcurso de 180 después de recibida la determinación adversa inicial. Si un tribunal o un revisor externo rechaza su solicitud de revisión inmediata, el Plan le notificará (en el transcurso de 10 días) de su derecho de dar inicio a una apelación interna. El tiempo límite aplicable para que usted, ahora, presente su apelación interna, comenzará a correr cuando usted reciba dicha notificación de parte del Plan.

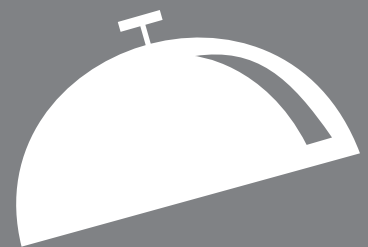
Médica

Correcciones hechas a su SPD

Se corrigió su SPD en lo siguiente:

- El deducible por año calendario bajo el Plan médico Silver se aplica a la terapia de infusión y diálisis del riñón.
- Su SPD muestra un número de teléfono equivocado para obtener la autorización previa de medicamentos recetados. Si el medicamento que usted usa requiere autorización previa, llame al **(844) 484-4726**.
- Si Hospitality Rx otorga autorización previa para un medicamento que no figura en el formulario, usted pagará el copago aplicable para ese tipo de medicamento. Si se trata de un medicamento genérico, usted hará el copago de \$10 de medicamento genérico. Si se trata de un medicamento de marca, usted hará el copago de \$30 de medicamento de marca. Si el medicamento es especializado o biosimilar, usted paga el 25% del costo, hasta un máximo de \$50.
- Cuando usted obtiene servicios para la visión de proveedores que no sean VSP, se aplica un copago de \$10 en la mayoría de exámenes, y se aplica un copago de \$25 a la mayoría de anteojos o lentes para los anteojos.
- Usted tiene 180 días *a partir de la fecha en que reciba la carta de denegación* de Nevada Health Solutions (NHS) para presentar el primer nivel de apelación. En su SPD la fecha límite de apelación que aparecía era incorrecta.
- Si su reclamo fue denegada porque usted no obtuvo autorización previa para su atención médica puede apelar directamente a los fideicomisarios comunicándose con Nevada Health Solutions (NHS), (solo hay un nivel de apelación). Si desea apelar por un reclamo denegada por falta de autorización previa, deberá seguir los procedimientos de reclamo y apelación para reclamaciones con un nivel de apelación, que se encuentran en la página F-7 de su SPD.
- Para su información ConsejoSano tiene una nueva dirección:
ConsejoSano, 169 11th St., San Francisco, CA 94103

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(855) 405-FUND**



Hospitality Plan

UNITE HERE
HEALTH

www.uhh.org

711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(855) 405-FUND



UNITE HERE
HEALTH

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

Médica (continuación)

Cambio a la regla de terminación especial

La redacción siguiente sustituye a la norma de terminación especial si su Acuerdo de Negociación Colectiva (CBA) expira y su empleador no hace contribuciones.

Si: Vence su Acuerdo de Negociación Colectiva, no se ha establecido un nuevo Acuerdo de Negociación Colectiva y su empleador no hace las contribuciones requeridas a UNITE HERE HEALTH,

Entonces: Su cobertura termina el último día del mes para el cual el empleador hizo su última contribución.

Esta redacción entra en vigor el 1 de enero de 2016.

Dental

Nueva opción dental PPO

Una organización de proveedor preferido (DPPO) se añadió y entrará en vigor el 1 de enero de 2017. Estos beneficios dentales se proporcionarán a través de un contrato ofrecido por Cigna. **Estos beneficios solo se le aplican si usted está inscrito en la opción dental de beneficios DPPO. Esta información NO SE LE APLICA si usted está inscrito en la opción dental de beneficios DHMO.**

La opción dental PPO solo se le aplica si usted está inscrito en la opción dental PPO

Si usted está inscrito en la opción dental HMO, esta información no aplica a usted.

Si usted no está seguro en qué opción dental está inscrito, comuníquese con UNITE HERE HEALTH.

Este SMM, resume sus beneficios, pero, si hay algún conflicto entre este SMM y/o su SPD, y el contrato entre UNITE HERE HEALTH y Cigna, los términos del contrato son los que gobiernan.

Dependiendo del estado que gobierne sus beneficios dentales, puede haber algunas diferencias entre este resumen de beneficios y cómo realmente funcionan sus beneficios. Por ejemplo, quien es su dependiente para beneficios dentales, cómo debe pagar Cigna las reclamaciones, y los tipos de beneficios que tienen cobertura, pueden ser ligeramente diferentes de un estado a otro.

Dental (continuación)

(Las reglas de Cigna solo se aplican a sus beneficios dentales de Cigna, no a otros beneficios que proporciona el Plan). Si tiene alguna pregunta acerca de cómo funcionan sus beneficios, por favor comuníquese con Cigna.

Cigna

n° gratuito: (800) 244-6224

www.mycigna.com

(debe registrarse para obtener una cuenta)

Cigna Dental Preferred Provider Organization (DPPO)

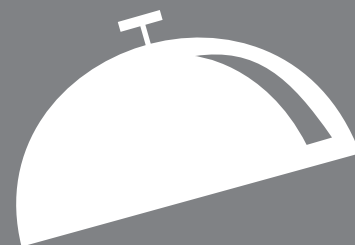
Lo que usted paga	Proveedores dentro de la red	Proveedores fuera de la red
Deducible por año calendario		
<i>Por persona</i>		\$50
<i>Por familia</i>		\$150
Beneficio máximo por persona		
<i>Beneficio máximo de por vida para cuidados de ortodoncia</i>		\$2,500
<i>Beneficio máximo por año calendario para atención dental que no sea ortodoncia</i>		\$1,500
Diagnóstico y atención preventiva	\$0	30%
Atención restaurativa básica	20% después del deducible	40% después del deducible
Atención restaurativa principal	50% después del deducible	60% después del deducible
Cuidados de ortodoncia	50%	

Qué es lo que tiene cobertura bajo el DPPO

Gastos cubiertos son todos los cargos permitidos hechos por un dentista para el tipo de servicios y suministros en el listado a continuación. Para ser considerado gasto con cobertura, Cigna debe determinar que el servicio o suministro se basó en una necesidad dental válida y fue proporcionado de acuerdo con las normas aceptadas de la práctica dental.

Hay límites en la cobertura según la frecuencia de los servicios y suministros. Si no ha transcurrido la cantidad de tiempo que se indica abajo desde la última vez que le proporcionaron el servicio o suministro, es posible que tenga que cubrir usted mismo el 100% del costo. Siempre puede comunicarse con Cigna para averiguar cuál fue la última fecha en que usted obtuvo beneficios para determinado servicio o suministro. El tiempo límite comienza en la última fecha en que usted obtuvo el servicio o suministro. Los límites se miden en meses o años consecutivos.

Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(855) 405-FUND

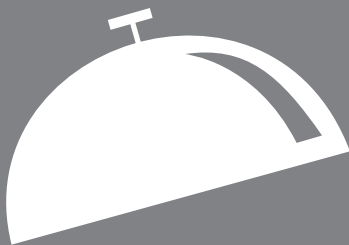


Hospitality Plan

UNITE HERE
HEALTH

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

Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(855) 405-FUND



Hospitality Plan

UNITE HERE
HEALTH

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

Dental (continuación)

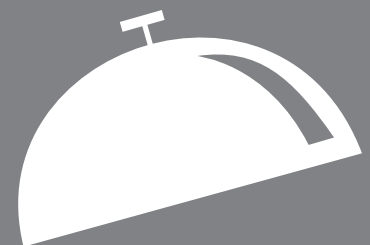
El tipo de servicios y suministros que tienen cobertura se indican a continuación. El programa de cargos del paciente y los certificados de cobertura contienen información más específica acerca de las coberturas.

- **Servicios y procedimientos de diagnóstico y preventivos** para evaluar condiciones existentes y/o para prevenir anomalías o enfermedades dentales, incluyendo exámenes y limpiezas.
 - Exámenes orales, limitados a dos cada 12 meses.
 - Limpiezas rutinarias, limitadas a dos cada 12 meses. Bajo circunstancias especiales, es posible que se permitan visitas adicionales, médicamente necesarias.
 - Radiografías de la boca completa (panorámica), limitada a un conjunto cada 3 años.
 - Radiografías de mordida limitados a dos conjuntos cada 12 meses.
 - Aplicación tópica de flúor para personas menores de 19 años, limitada a una vez cada seis meses.
 - Selladores para los primeros y segundos molares para personas menores de 16 años, limitados a una aplicación de por vida. Los selladores solo tienen cobertura en los primeros y segundos molares, y solo si el diente está libre de caries y no ha tenido una restauración.
- **Atención paliativa de emergencia**, incluyendo tratamiento temporal para el alivio del dolor y la incomodidad.
- **Radiografías de diagnóstico** para diagnosticar una condición específica.
- **Cirugía oral**, extracciones y otros procedimientos quirúrgicos, incluyendo atención pre-operatoria y post-operatoria y anestesia general.
- Servicios y procedimientos de endodoncia para tratar dientes con nervios enfermos o dañados (por ejemplo, conducto radicular, o root canal).
 - Los beneficios para el tratamiento de endodoncia (root canal) en dientes primarios se limitan a los beneficios proporcionados para pulpotomía.
- **Servicios periodónticos** para tratamiento de enfermedades de las encías y estructuras de soporte para los dientes.
 - Cirugía periodontal, incluyendo raspado subgingival, una vez por cuadrante cada 24 meses.
 - El raspado periodontal en la presencia de inflamación gingival se pagará igual que la profilaxis estándar.
 - Los beneficios para los cuatro cuadrantes para el raspado periodontal y alisado radicular llevados a cabo en un período de 24 horas se limitará a los beneficios proporcionados para el raspado periodontal y alisado radicular en toda la boca.

Dental (continuación)

- **Servicios de restauración** para reconstruir, reparar o reformar los tejidos del diente, incluyendo pero no limitado a:
 - Servicios de restauración menores, como amalgama, porcelana sintética o restauraciones con resina.
 - Servicios de restauración mayores, como coronas, carillas (jackets), y restauraciones de oro si el diente no se puede restaurar con otro relleno.
 - Restauraciones con amalgama o resina, una vez por superficie del diente cada 12 meses.
 - Los beneficios para múltiples restauraciones en el mismo diente se limitarán al beneficio proporcionado para una restauración en múltiples superficies.
 - Los beneficios para restauraciones con resina están limitados a los que se indican para restauraciones con amalgama si los radiografías muestran caries en el molar o premolar en el cual está colocada la restauración con resina.
 - Los beneficios para restauraciones con moldes dentarios (como coronas, etc.) con componentes cosméticos (electivos) se limitarán a los beneficios proporcionados para restauraciones con moldes cuyo material es de metal.
 - Los beneficios para dientes que no pueden tener restauraciones con moldes (como coronas, etc.) debido a la caries o falta de estructura del diente en menos de cuatro superficies se limitan a los beneficios proporcionados para restauraciones con amalgama o resina.
 - Los beneficios para incrustaciones estarán limitados a los beneficios proporcionados para restauraciones comparables con amalgama.
 - Los beneficios para recubrimientos de la superficie estarán limitados a los beneficios proporcionados para tres recubrimientos de superficie.
- **Servicios protodónticos** aparatos que sustituyan dientes naturales faltantes, incluyendo puentes, dentaduras parciales y dentaduras completas.
 - Sustitución completa de los materiales de la base de la dentadura o refrado, una vez cada 24 meses.
 - Los beneficios para una dentadura fija parcial colocada en un arco dental con tres o más dientes faltantes se limitan a los beneficios proporcionados para dentaduras extraíbles. No obstante, este límite no se aplicará a dentaduras pre-existentes fijas parciales que se consideran cubiertas.
 - Los beneficios para puentes están limitados al beneficio de un puente si el espacio entre los dientes creado por un diente faltante es mayor que el tamaño del diente original.
 - Los beneficios de personalización de dentaduras, aditamentos protésicos, protección dental anti-estrés (prótesis para no rechinar los dientes) o técnicas especializadas están limitadas a los beneficios proporcionados para dentaduras convencionales.

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(855) 405-FUND**



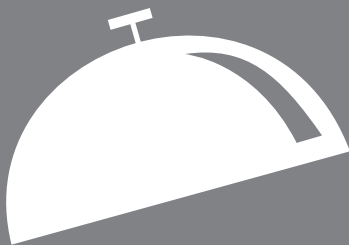
Hospitality Plan

**UNITE HERE
HEALTH**

www.uhh.org

711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(855) 405-FUND**



Hospitality Plan

**UNITE HERE
HEALTH**

www.uhh.org

711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

Dental (continuación)

- **Reparaciones y referrado prostodónticas** a dispositivos prostéticos.
- **Servicios de ortodoncia** incluyendo radiografías, exámenes de diagnóstico, moldes y tratamientos y aparatos fijos o extraíbles, incluyendo aparatos de retención. Solo tiene cobertura un aparato por persona para reubicar los dientes o para controlar hábitos dañinos. Cada mes de tratamiento activo es un servicio separado.

Si se interrumpe el tratamiento y otro dentista lo termina, Cigna determinará el beneficio (si lo hay) que le pagará a cada dentista.

Lo que no está cubierto bajo el DPPO

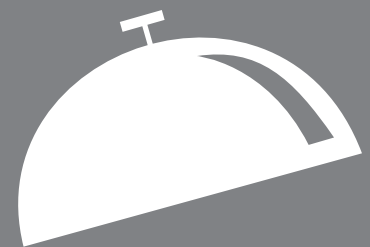
A menos que lo exija la ley del estado, las siguientes clases de tratamientos, servicios y suministros no tienen cobertura.

- Flúor aplicado tópicamente para personas de 19 años en adelante.
- Retenedores de espacio usados como aparato pasivo porque se perdieron los dientes principales.
- Reparación o recementación de los retenedores de espacio en la misma clínica en el transcurso de seis meses de la colocación inicial.
- Terapia de endodoncia (root canal) cuando los radiografías muestran canales rellenos en forma incompleta, patología periapical o conductos rellenos con material que la Asociación Dental Americana no ha aprobado para terapia endodóntica.
- Tratamiento endodóntico en un diente cuando la misma clínica ya había proporcionado anteriormente servicios endodónticos.
- Tratamiento endodóntico llevado a cabo junto con aparatos prostodónticos extraíbles.
- Terapia pulpar de dientes deciduos (dientes de leche).
- Alveolectomía/alveoloplastia llevada a cabo junto con extracciones.
- Sustitución de restauración con moldes dentarios (coronas, etc. de materiales cementados a los dientes) en el transcurso de 60 días después de haber colocado inicialmente una restauración existente.
- Reconstrucción dental con corona cuando los radiografías muestran evidencia de altura vertical suficiente para soportar esta restauración con molde dental.
- Reparación o recementación de incrustaciones, recubrimientos, coronas en la misma clínica en el transcurso de seis meses de la colocación inicial.
- Reparación de restauraciones con moldes dentarios (coronas, etc.)
- Cirugía o terapia periodontal en ausencia de pérdida ósea por medio de Radiografías.

Dental (continuación)

- Injertos o gingivectomías llevadas a cabo conjuntamente con cirugía ósea.
- Regeneración de tejido guiada.
- Alargamiento de corona o gigivoplastia si no se hace como mínimo cuatro semanas previas a la preparación de la corona.
- Procedimientos de mantenimiento periodontal llevados a cabo en el transcurso de tres meses después de una terapia periodontal activa.
- Sustitución o reparación de un aparato prostodóntico existente en el transcurso de 60 meses después de la colocación inicial o reparación.
- Aparatos prostodónticos relacionados con implantes.
- Reforrado o cambio del material de la base de un aparato existente en el transcurso de seis meses después de la colocación inicial.
- Prostodónticos fijos para cualquier persona menor de 16 años.
- Condicionamiento del tejido.
- Puente cuando el espacio entre los dientes creado por un diente faltante es menor del 50% del tamaño del diente original.
- Recementación de dentaduras fijas parciales en la misma clínica en el transcurso de seis meses de la colocación inicial.
- Servicios por lesiones o condiciones para las cuales usted puede recibir beneficios bajo la ley de Compensación al trabajador o ley de Responsabilidad del Empleador.
- Servicios disponibles de:
 - Cualquier agencia gubernamental del estado o federal, que no sean programas proporcionados bajo el Título XIX de la Ley del Seguro Social, según enmienda (Medicaid).
 - Cualquier municipalidad, condado u otra subdivisión política.
- Cualquier agencia comunitaria, fundación o entidad similar.
- Servicios designados para corregir malformaciones durante el desarrollo.
- Cirugía cosmética o dental por razones cosméticas.
- Servicios o aparatos, incluyendo, pero no limitado a, prostodóntica (incluyendo coronas y puentes), finalizados antes de que usted haya quedado cubierto por el Plan. Aunque el tratamiento de ortodoncia que fue llevado a cabo antes de que usted fuera elegible no tendrá cobertura, el tratamiento actual de ortodoncia puede tener cobertura después de que usted sea elegible.
- Medicamentos recetados o su administración.
- Servicios de anestesia o anesthesiólogos.
- Servicios llevados a cabo en los segundos o terceros molares si no hay diente opuesto.

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(855) 405-FUND**

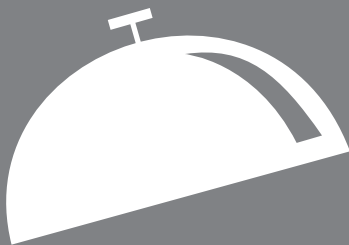


Hospitality Plan

**UNITE HERE
HEALTH**

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

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(855) 405-FUND**



Hospitality Plan

**UNITE HERE
HEALTH**

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

Dental (continuación)

- Servicios llevados a cabo en un diente cuando menos del 40% de la raíz está sostenida por hueso.
- Servicios llevados a cabo en un diente primario cuando el diente está a punto de perderse.
- Cargos por completar formularios.
- Sellados para personas de 16 años en adelante.
- Servicios:
 - Que no son necesarios y/o acostumbrados según lo determinado por las normas de la práctica dental generalmente aceptada.
 - Para los cuales no se pueda demostrar una necesidad dental.
 - Que sean experimentales o de investigación.
 - Que de alguna otra manera estén limitados o excluidos de acuerdo con los procedimientos desarrollados por Cigna.
- Aparatos, procedimientos quirúrgicos y restauraciones para:
 - Alterar la dimensión vertical.
 - Sustituir pérdida de la estructura del diente resultante del desgaste, abrasión o erosión.
 - Corrección de malformaciones congénitas o del desarrollo.
 - Con fines estéticos o cosméticos
 - Técnicas de implantología o aumento del reborde alveolar edéntulo.
 - Anticipación de fracturas futuras.
- Tratamiento por un individuo que da servicios que no están contemplados en su licencia profesional.
- Aparatos, restauraciones o servicios para el diagnóstico o tratamiento de problemas de la articulación temporomandibular (ATM) (TMJ, por sus iniciales en inglés).
- Servicios realizados como parte de otro procedimiento.
- Servicios o procedimientos temporales.
- Procedimientos para el control de infecciones y cargos relacionados con las reglas de la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (OSHA).
- Colocación de un aparato adicional en el mismo arco dental menos de 60 meses después de la colocación del aparato inicial.
- Servicios cubiertos por los beneficios médicos.
- Servicios o suministros proporcionados con mayor frecuencia de lo permitido por el Plan.

Dental (continuación)

Predeterminación de los beneficios dentales

Si su dentista recomienda trabajo dental cuyo costo se calcula en \$250 o más, puede pedir a Cigna que le ayude a determinar cuánto va a pagar el Plan. Este es un programa voluntario, pero contactar a Cigna antes de que le practiquen un trabajo complejo o que le cueste mucho dinero le ayudará a usted y a su dentista a entender lo que el Plan pagará por esos trabajos propuestos. Al comunicarse con Cigna por anticipado, tendrá una mejor idea de lo que serán sus costos para que no reciba cobros que le sorprendan.

Si aprovecha este programa, Cigna revisará los registros de su dentista y le proporcionará a usted y a su dentista un cálculo de lo que usted deberá pagar y de lo que pagará el Plan.

La predeterminación de los beneficios no garantiza lo que pagará el Plan o que cualquier beneficio sea pagado por tratamiento dental o servicios proporcionados. Como siempre, cualquier decisión de tratamiento queda en sus manos y las de su dentista. Todas las reglas del Plan serán aplicables a cualquier reclamo que usted presente.

Beneficios dentales después de terminada la elegibilidad

Si termina su cobertura, los beneficios del Plan solo se pagarán por los cargos permitidos incurridos para gastos con cobertura antes de finalizar su cobertura. No obstante, si su cobertura termina después de que comience su tratamiento para trabajos con puentes fijos, dentaduras parciales o completas, endodoncia (root canal), coronas, incrustaciones, o recubrimientos, el Plan continúa pagando los beneficios para estos servicios dentales siempre y cuando le instalen el dispositivo o que termine el tratamiento en el transcurso de tres meses desde la fecha en que usted perdió cobertura.

Curso alternativo del tratamiento

Si hay más de un servicio dental que pudiera proporcionar tratamiento adecuado basándose en las normas dentales comunes, Cigna determinará qué servicio dental será pagadero y los gastos que serán considerados gastos con cobertura. Usted y su dentista son libres de aplicar este pago del beneficio al tratamiento que usted elija, sin embargo, usted será responsable de cualquier gasto que se incurra por encima del gasto con cobertura.

Cómo presentar un reclamo dental bajo el DPPO

Generalmente usted no tendrá que presentar el reclamo para atención dental. Los proveedores de Cigna llenarán el reclamo por usted. Si usa un dentista que no está dentro de la red, el dentista puede presentar un reclamo por usted, o, es posible que usted tenga que pagar el servicio y después presentar el reclamo a Cigna.

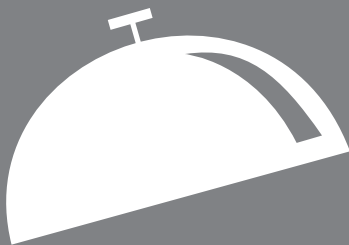
**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(855) 405-FUND**



**UNITE HERE
HEALTH**

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

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(855) 405-FUND**



Hospitality Plan

**UNITE HERE
HEALTH**

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

Dental (continuación)

Puede obtener los formularios de reclamo en Cigna, llamando al (800) 244-6224 o en www.mycigna.com. Para que Cigna tramite su reclamo” es necesario que proporcione toda la información.

Puede presentar una apelación en Cigna en el transcurso de un año de la decisión del reclamo original de Cigna. Cigna usualmente tomará una decisión en el transcurso de 15 días de recibida su apelación si la denegación es por un reclamo previa al servicio. Cigna usualmente tomará una decisión en el transcurso de 30 días de recibida su apelación para cualquier otra denegación. Cigna puede tomar 15 días adicionales para determinar su reclamo, de manera que se le notificará por escrito que se necesita más tiempo. Tiene derecho a un segundo nivel de apelación si su reclamo vuelve a ser denegado parcial o totalmente durante el primer nivel de apelación. Cigna tomará la decisión sobre su segundo nivel de apelación en el transcurso de 30 días. Cigna puede tomar 15 días adicionales para determinar su reclamo, de manera que se le notificará por escrito que se necesita más tiempo. Usted también tiene derecho a una revisión expedita de ambos niveles de apelación si su reclamo es para atención urgente o de emergencia. Si Cigna determina que es necesaria una revisión expedita, Cigna proporcionará la decisión sobre su apelación en el transcurso de 72 horas.

Envíe su reclamación por correo a:

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

Comuníquese con Cigna o consulte el certificado/folleto de cobertura del plan de Cigna para obtener más información acerca de cómo presentar un reclamo, las normas para procesar un reclamo, límites de tiempo y procedimientos de apelación. Comuníquese con Cigna si necesita un folleto/certificado de cobertura del plan, si necesita ayuda para presentar un reclamo o apelación o si tiene alguna pregunta acerca del proceso de reclamo dental o apelación.

Cigna DPPO y su SPD

Las partes de su SPD que rigen la coordinación de beneficios, subrogación, exclusiones generales y limitaciones, presentación de reclamaciones y provisiones de apelación y definiciones no se aplican a los beneficios de DPPO proporcionados bajo el contrato con Cigna. Llame a Cigna o consulte el folleto/certificado de cobertura del Plan de Cigna para obtener más información acerca de estos temas.

Cuando tenga preguntas sobre cómo obtener autorización previa, o si necesita ayuda para presentar un reclamo, llame a UNITE HERE HEALTH.