



Updates to Your Benefits

This document constitutes a Summary of Material Modifications (SMM) under the Employee Retirement Income Security Act of 1974, as amended, and summarizes recent actions taken by the Board of Trustees of UNITE HERE HEALTH. It describes benefit and administrative changes affecting the information included in your Summary Plan Description (SPD).

Please read this information carefully; then, keep it with your SPD for future reference. Except as described in this SMM, the information otherwise contained in your SPD continues to apply.



Food Service Plan

DENTAL

The following change only applies if you have Dental coverage.

Cigna DPPO Advantage is your dental network's new name

Effective January 1, 2015

Cigna's Core dental network is now called the Cigna DPPO Advantage network. The network name is changing, but your benefits are staying the same. You can access Cigna's new and improved online dental directory at www.myCigna.com to find a network dentist.

Call Cigna Dental: (800) 244-6224
www.cigna.com • www.myCigna.com

LIFE and AD&D

The following change only applies if you have Life and AD&D benefits.

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

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

Questions? Call your regional office at (855) 484-8480

New preventive care covered at no cost to you

Effective no later than April 1, 2015

You can get the following preventive care at no cost to you if you use a network provider:

- **Lung cancer screening:** If you smoke or used to smoke, you may be able to get a certain type of cancer screening. This test is called “low-dose computed tomography lung cancer screening.”
- **Prescription medications to help prevent breast cancer:** You may be able to get prescription medications to reduce your risk of getting breast cancer. These medications will be available to you if you are at high risk for breast cancer.
- **Tobacco use prevention for children:** Your doctor may talk to your children about why they should not use cigarettes, e-cigarettes, pipes, cigars, chewing tobacco or other types of tobacco. The doctor may also provide you and your children with other information about the health risks of tobacco products. This information and time with your doctor will usually be at no cost to you.
- **Hepatitis C screening:** If you are at high risk for getting Hepatitis C, you can get screened for Hepatitis C at no cost to you.
- **HIV screening, counseling and testing:** Most people can now get annual HIV screenings. Your doctor may also talk to you about how to prevent HIV infection.

Talk to your doctor to find out what preventive care you need. The types of preventive services and supplies that you can get at no cost to you when you use a network provider are based on the recommendations of certain national organizations, like the United States Preventive Services Task Force. The types of preventive care you can get at no charge may change during the year. Some preventive care may be added, and other care may no longer be provided for free.

New preventive care covered at no cost to you when you use a network provider includes:

- *Lung cancer screening*
- *Prescription medications to prevent breast cancer*
- *Tobacco use prevention for children*
- *Hepatitis C screening*
- *HIV screening*

You may also have to meet certain age and risk-factor rules.

Call Kaiser with questions about whether you meet the rules for the new preventive care
(800) 464-4000

UNITE HERE HEALTH will tell you about these changes as soon as possible. However, you can always contact Kaiser with questions about what types of preventive care will be covered at no cost to you, and to find out if you need to follow certain rules to get the care.

Questions? Call your regional office at (855) 484-8480

The following change only applies if you have Vision coverage through Davis Vision.

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

Effective July 1, 2015

If you are under age 19 and use a non-network provider, the \$30 maximum allowance will not apply. If you are age 19 or older and use a non-network provider, the Plan will continue to only pay up to \$30 for the eye exam.

The following change only applies if you have Vision coverage under the Vision benefit that provides up to \$200 every 24 months, also known as the Basic Vision Plan or Indemnity Vision Plan.

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

Effective July 1, 2015

When the Plan pays benefits for your vision care, such as exams, frames and lenses, the cost of this care counts toward the \$200 maximum benefit that is paid for all your vision care. **If you are under age 19, the cost of your eye exam will not count toward the maximum \$200 benefit the Plan will pay for your vision care.** The cost of any frames, lenses or contacts will still apply to your maximum benefit.

The following correction only applies if your employer elected the Davis Vision option, and you elected Vision coverage.

Correction to your Davis Vision frame discount

Your frame discount is 20% off any costs over \$150 for a frame. This discount applies only to frames in the Davis Vision frame collection. (The information shown in your SMM describing the Davis Vision benefit is wrong.)

Questions? Call your regional office at (855) 484-8480

New rules added to your plan

Effective July 1, 2015

Non-Assignment of Claims

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

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

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

Commencement of Legal Action

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

Neither you, your beneficiary, nor any other claimant may commence a lawsuit against the Plan (or its Trustees, providers or staff) for benefits denied until the Plan's internal appeal procedures have been exhausted. This requirement does not apply to your rights to an external review by an independent review organization ("IRO") under the Affordable Care Act.

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

Changes to rules for signing up your dependents for coverage

Effective July 1, 2015

- A marriage license must include the marriage certificate.** A marriage license only shows that you and your spouse have applied to get married; it does not show that you and your spouse are actually married. Your marriage license will only be considered proof of your marriage to your spouse if:
 - It includes the date of your marriage AND
 - It includes the marriage certificate.
- English translations of documents are no longer required.** In order to enroll a spouse or child, you must show that the spouse or child meets the Plan's definition of a "dependent." The Plan has a list of documents that you can use to show your spouse or child is a dependent.
- Dependents must be enrolled during your initial enrollment period.** You have the chance to enroll your dependents when you first become eligible for benefits. You must submit the form for enrolling your dependents during your initial eligibility period. If you do not enroll your dependents during your initial eligibility period, you cannot enroll your dependents until the next open enrollment period, or during a special enrollment period (such as when you gain a dependent, lose a dependent, or gain or lose eligibility for Medicaid).

Questions? Call your regional office at (855) 484-8480



Cambios a Sus Beneficios

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

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



Food Service Plan

DENTAL

Este cambio sólo se aplica si tiene cobertura Médica de PPO.

Cigna DPPO Advantage es su nuevo nombre de red dental

Efectivo el 1° de Enero de 2015

La red dental Cigna's Core ahora se llama red Cigna DPPO Advantage. Se cambia el nombre de la red pero sus beneficios siguen siendo los mismos. Puede acceder al directorio dental nuevo y mejorado en línea de Cigna en www.myCigna.com para encontrar un dentista de la red.

Llame al Cigna Dental: (800) 244-6224

www.cigna.com • www.myCigna.com

VIDA Y MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO

Este cambio sólo se aplica si tiene beneficios de Vida y AD&D.

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

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

¿Preguntas? Llame a la oficina regional al (855) 484-8480

Nueva atención preventiva cubierta sin costo para usted

Efectivo no después del 1° de Abril de 2015

Puede obtener la siguiente atención preventiva sin costo para usted si usa un proveedor de la red:

- **Evaluación del cáncer de pulmón:** Si fuma o solía hacerlo, puede hacerse un cierto tipo de evaluación de cáncer. Esta prueba se denomina "evaluación de cáncer de pulmón por tomografía computada de baja dosis."
- **Medicamentos prescritos para evitar el cáncer de mama:** Puede obtener medicamentos prescritos para reducir el riesgo de contraer cáncer de mama. Estos medicamentos estarán disponibles para usted si está en alto riesgo de cáncer de mama.
- **Prevención del uso del tabaco para los niños:** Su médico puede hablar con sus hijos sobre por qué no deberían fumar cigarrillos, cigarrillos electrónicos, pipas, cigarros, masticar tabaco u otros tipos de tabaco. El médico también puede proporcionar a usted y sus hijos otra información sobre los riesgos en la salud que causan los productos del tabaco. Esta información y tiempo con el médico no tendrán costo para usted.
- **Evaluación de la hepatitis C:** Si está en riesgo de enfermarse con hepatitis C, puede recibir una evaluación sin costo para usted.
- **Evaluación, asesoramiento y comprobación de VIH:** La mayoría de las personas ahora puede hacerse evaluaciones anuales para el VIH. Su médico también puede hablar con usted sobre cómo evitar la infección de VIH.

Hable con su médico para conocer qué atención preventiva necesita.

Los tipos de servicios y suministros preventivos que puede obtener sin costo para usted cuando use un proveedor de la red se basan en las recomendaciones de ciertas organizaciones internacionales como la Fuerza de tareas de servicios preventivos de los Estados Unidos. Los tipos de atención preventiva que puede obtener en forma gratuita

pueden cambiar durante el año. Se pueden agregar más atenciones preventivas y otro tipo de atención puede no ser más gratuita.

UNITE HERE HEALTH le avisará sobre estos cambios cuanto antes sea posible. No obstante, siempre puede contactarse con Tufts al (800) 462-0224 para realizar preguntas sobre qué tipos de atención preventiva se cubrirán sin costo para usted y conocer si necesita seguir ciertas reglas para obtener la atención.

La nueva atención preventiva cubierta sin costo para usted, cuando use un proveedor de la red, incluye:

- *Evaluación del cáncer de pulmón*
- *Medicamentos prescritos para evitar el cáncer de mama*
- *Prevención del uso del tabaco para los niños*
- *Evaluación de la Hepatitis C*
- *Evaluación de VIH*

También puede tener que seguir ciertas reglas de edad y factor de riesgo.

Llame a Kaiser para hacer preguntas sobre si usted cumple con las reglas para una nueva atención preventiva.

(800) 464-4000

¿Preguntas? Llame a la oficina regional al (855) 484-8480

Este cambio sólo se aplica si tiene cobertura para la Visión a través de Davis Vision.

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

Efectivo a partir de 1º de Julio de 2015

Si tiene menos de 19 años y utiliza un proveedor fuera de la red, no se aplicará el máximo permitido de \$30. Si tiene 19 años o más y utiliza un proveedor fuera de la red, el Plan continuará para pagar solamente hasta \$30 por el examen ocular.

Este cambio sólo se aplica si tiene cobertura para la Visión bajo el Vision Care Benefit (Beneficio de atención para la Visión) que provee hasta \$200 cada 24 meses, también conocido como Basic Vision Plan (Plan Básico para la Visión) o Indemnity Vision Plan (Plan de Indemnización para la Visión).

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

Efectivo a partir de 1º de Julio de 2015

Si tiene menos de 19 años, el costo de su examen ocular no se contará para el máximo beneficio que el Plan pagará para la atención de su visión. Cuando el Plan paga beneficios por su cuidado de visión, como exámenes, armazones y lentes, el costo de este cuidado cuenta hacia el beneficio máximo de \$200 que se paga por todo su cuidado de visión. Si tiene menos de 19, toda cantidad que el Plan paga para su examen ocular no se contará hacia su máximo beneficio para la atención de su visión. El costo de armazones, lentes o de contacto incluso se aplicará hasta su máximo beneficio.

Esta corrección sólo se aplica si su empleador eligió la opción de Davis Vision, y usted eligió la cobertura de Visión.

Corrección para su descuento en armazón en davis vision

Su descuento para el armazón es de 20% en el costo sobre \$150 para el armazón. Este descuento se aplica sólo para armazones en la colección de armazones de Davis Vision. (La información mostrada en su SMM que describe el beneficio de Davis Vision está equivocada.)

¿Preguntas? Llame a la oficina regional al (855) 484-8480

Nuevas reglas agregadas a su plan

Efectivo a partir de 1° de Julio de 2015

Prohibición de cesión de reclamos

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

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

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

Inicio de acciones legales

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

Ni usted, ni su beneficiario, ni ningún otro demandante pueden iniciar juicio contra el Plan (o sus fideicomisarios, proveedores o empleados), por beneficios negados, hasta que se hayan terminado los procedimientos de apelación interna del Plan. Este requisito no se aplica a sus derechos, a una revisión externa, por una organización de revisión independiente ("IRO" en inglés), dentro de la Ley de cuidado asequible.

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

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

Efectivo a partir de 1° de Julio de 2015

- **Una licencia de matrimonio debe incluir el certificado de matrimonio.** Una licencia de matrimonio sólo demuestra que usted y su cónyuge han solicitado casarse; no demuestra que usted y su cónyuge estén efectivamente casados. Su licencia de matrimonio sólo se considerará prueba de su matrimonio con su cónyuge si:
 - Incluye la fecha de su matrimonio y
 - Incluye el certificado de matrimonio.
- **Ya no se requieren traducciones al inglés de los documentos.** Para inscribir a un cónyuge o hijo, debe mostrar que el cónyuge o hijo cumple con la definición del Plan de una "persona a cargo". El Plan tiene una lista de documentos que puede utilizar para demostrar que su cónyuge o hijo es una persona a cargo. Ya no necesita entregar una traducción al inglés del documento.
- **Las personas a cargo deben inscribirse durante el período inicial de inscripción.** Tiene la oportunidad de inscribir a las personas a cargo cuando es elegible por primera vez para obtener beneficios. Debe enviar el formulario para inscribir a las personas a cargo durante su período inicial de elegibilidad. Si no inscribe a las personas a cargo durante este período inicial de elegibilidad, no puede inscribirlas hasta que se abra el próximo período de inscripción o durante un período especial de inscripción (como cuando usted aumenta sus personas a cargo o pierde una persona a cargo o pierde elegibilidad para Medicaid).

¿Preguntas? Llame a la oficina regional al (855) 484-8480