

Pharmacy

Important changes and clarifications to your prescription drug benefits

Effective November 1, 2018 (unless a different date is specified)

This SMM provides some important changes and clarifications to your prescription drug benefits. Be sure to read this carefully so you know what the Plan covers, and what you will pay, for your prescription drugs. Contact us when you have any questions about your benefits.

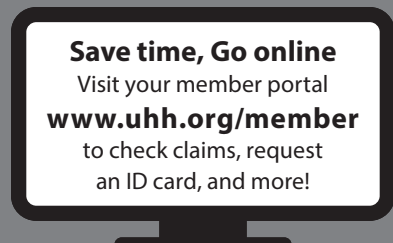
What you pay for your prescription drugs			
Prescription Drug Benefits	Per Prescription		
Formulary Prescription Drug Benefits at the UNITE HERE HEALTH – Health Center and free pharmacy locations — see page I-6 in your SPD (up to a 60-day supply)			
Prescription drugs (excluding select specialty, select biosimilar, and select brand drugs)	\$0		
Select specialty and select biosimilar drugs*	25%		
Select brand drugs*	50%		
Formulary Prescription Drug Benefits at Network Retail Pharmacies and Mail Order	Retail Pharmacy up to a 34-day supply	Mail Order up to a 60-day supply	
Preventive healthcare services drugs	\$0		
Generic drugs	\$5		
Brand name drugs	\$15		
Select specialty and select biosimilar drugs* (Effective January 1, 2019)	Not covered	Generic \$5	Brand 25%
Non-Formulary Prescription Drugs and Supplies	Not covered, unless an exception is approved		
<i>* Current pharmacy benefit provider will actively manage and determine drugs in tier. Specialty drugs are only available at the UNITE HERE HEALTH – Health Center and specialty mail order pharmacy.</i>			

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

(888) 437-3480

www.uhh.org

P.O. Box 6020

Aurora, IL 60598-0020

Pharmacy *(continued)*

Prescription drug out-of-pocket limit

You will no longer be subject to a surcharge for early refills of your drugs. The reference to “any surcharge amounts you pay for early refills” is removed from this section of your SPD.

What’s covered under your prescription drug benefits

A medication or supply must be listed on the “smart” formulary in order to be covered (unless you get a formulary exception from the Plan). The types of medications and supplies covered under your prescription drug benefits are listed in your SPD. However, covered medications and supplies also include:

- Certain over-the-counter (OTC) drugs, as long as you have a prescription, and as long as you get the drug at the UNITE HERE HEALTH – Health Center, or the two free locations in Pennsylvania.
- Vitamins, but only vitamins on the formulary. (This replaces the list of covered vitamins shown in your SPD.)
- Lancet devices.

Remember, you need a prescription for OTC preventive healthcare services and supplies before the Plan will pay benefits.

Safety and cost containment programs

The Fund provides extra protection through several safety and cost containments programs. See your SPD for more information about the safety and cost containment programs. Remember, if a prescription drug is subject to a safety or cost containment program, you must follow the program in order to get benefits for the drug.

The list of prescription drugs that are subject to safety or cost containment programs change from time to time. Contact Hospitality Rx at **(844) 813-3860** with questions about which prescription drugs are subject to safety or cost containment programs, or to ask for an exception.

**Get answers
to all your
questions:
(888) 437-3480**

Save time, Go online

Visit your member portal
www.uhh.org/member
to check claims, request
an ID card, and more!

**UNITE HERE
HEALTH**

www.uhh.org

P.O. Box 6020
Aurora, IL 60598-0020

Pharmacy *(continued)*

Prior authorization program change: Prior authorization may not be required for every drug which the U.S. Food and Drug Administration (FDA) is reviewing for known or potential serious risks under a risk evaluation and mitigation strategy. If prior authorization is required, Hospitality Rx will work with your healthcare provider to get the required information.

Step therapy program clarification: In many cases, effective lower-cost alternatives are available for certain prescription drugs. A step therapy program will ask you to try generic or lower cost versions of a prescription drug before approving coverage for a higher cost brand name drug. If the first level prescription drug does not work for you, or causes serious side effects, you are “stepped up” to another drug option.

For example, if you need an ARB (angiotensin receptor blocker) to treat high blood pressure, you may first be asked to try a generic version. If the generic version does not work or causes serious side effects, you may be asked to try a brand name version.

Generic prescription drug policy: If you or your provider chooses a covered brand name prescription drug when you could get a generic equivalent instead, you pay the difference in cost between the brand name prescription drug and the generic equivalent. For example, if the brand name prescription drug costs \$80 at retail, and the Fund’s cost for the generic equivalent is \$30, you must pay the \$50 difference. You will also have to pay the generic drug copay.

The generic prescription drug policy does not apply to certain prescription drugs that need to be closely monitored, or if very small changes in the dose could be harmful. The prescription drugs that are not subject to the generic prescription drug policy change from time to time. This rule will also not apply if you get an exception through a safety or cost containment program. Your healthcare provider will need to get prior approval for this exception to apply to your prescription drugs.

If you have an exception to the generic prescription drug policy, you will still have to pay the applicable copay.

**Get answers
to all your
questions:
(888) 437-3480**

Save time, Go online

Visit your member portal

www.uhh.org/member

to check claims, request
an ID card, and more!

UNITE HERE
HEALTH

www.uhh.org

P.O. Box 6020

Aurora, IL 60598-0020

Pharmacy (continued)

Fill and refill limits

A few changes have been made to the information shown in the “Fill and refill limits” section of your SPD:

- **60-day supply of some drugs:** If you use the UNITE HERE HEALTH – Health Center, one of the free pharmacy locations in Pennsylvania, or the mail-order pharmacy, you can get up to a 60-day supply of your drug.
- **Safety or cost containment programs may limit how much of a drug you can get:** A safety or cost containment program may limit the amount of a drug that is filled at one time to less than the maximum days’ supply otherwise allowed. For example, most prescriptions filled through the specialty mail-order pharmacy will be limited to less than a 34-day or 60-day supply.
- **Early refill program:** You generally cannot refill a prescription earlier than allowed under any applicable guidelines, safety or cost containment programs, or other Plan rules. In some cases, you may be able to refill a prescription sooner than is usually allowed. For example, you may get an early refill if:
 - You show you will be out of the country when you will run out of a prescription drug. If your early refill is approved, you can get up to a 60-day supply for the applicable retail drug copay.
 - Your drug is lost or stolen.
 - You run out of a drug too soon because you misunderstood the instructions or accidentally use too much. You will be able to get one such early refill per lifetime for that drug.

You may be required to use the case management program in order to get an early refill.

Call Hospitality Rx at **(844) 813-3860** if you need an early refill of a drug.

- Seasonale[®] is removed from the list of birth control drugs only available in a 90-day quantity. Seasonale[®] is not on your formulary (the list of drugs that are covered).
- The safety and cost containment programs will determine the maximum amount of prescription drugs for the treatment of male impotency you can get at one time. These drugs will not necessarily always be limited to 6 applications per month and to a 3-month initial supply.

Get answers
to all your
questions:
(888) 437-3480

Save time, Go online

Visit your member portal

www.uhh.org/member

to check claims, request
an ID card, and more!

UNITE HERE
HEALTH

www.uhh.org

P.O. Box 6020

Aurora, IL 60598-0020

Pharmacy *(continued)*

Specialty drug pharmacy

Effective January 1, 2019

You must use the specialty pharmacy or the UNITE HERE HEALTH – Health Center to purchase all specialty prescription drugs, including generic specialty drugs and specialty drugs prescribed to treat HIV/AIDS.

AllianceRx Walgreens Prime will no longer be your specialty drug pharmacy. Instead, you must get your specialty drugs through **Diplomat**.

Diplomat

(844) 857-5772

www.diplomatpharmacy.com

What's not covered

See your SPD for a list of the general exclusions and limitations that apply to your benefits. For example, experimental and investigative treatments, including drugs, are not covered. In addition to those exclusions, the “What’s not covered” section shown in your SPD is replaced with the following list:

- Prescription drugs that have not been approved by the FDA. However, the Fund or its designee may cover prescription drugs not approved by the FDA in certain situations. You or your healthcare professional may ask for an exception through the Fund’s prior authorization program.
- Drugs or supplies that are not listed on the formulary, unless the Fund or its designee gives prior approval for the drug or supply. You must try all medically appropriate formulary alternatives before you can get a formulary exception.
- Drugs or medications used, consumed or administered at the place where dispensed, other than immunizations. (These drugs may be covered under your medical benefits.)
- Prescriptions or refills in amounts over the quantity limits.
- Vitamins, dietary supplements, or dietary aids, except those specifically included on the formulary.
- Drugs used for cosmetic reasons, including Rogaine and other drugs to prevent hair loss.
- Human growth hormone, except to treat emaciation due to AIDS.
- Drugs or other covered supplies not purchased from a network pharmacy.
- Birth control devices and implants other than over-the-counter FDA-approved female contraceptive drugs, devices, or supplies for which you have a prescription.

Get answers
to all your
questions:
(888) 437-3480

Save time, Go online

Visit your member portal
www.uhh.org/member
to check claims, request
an ID card, and more!

UNITE HERE
HEALTH

www.uhh.org

P.O. Box 6020

Aurora, IL 60598-0020

Pharmacy *(continued)*

Get answers
to all your
questions:
(888) 437-3480

Save time, Go online

Visit your member portal
www.uhh.org/member
to check claims, request
an ID card, and more!

UNITE HERE
HEALTH

www.uhh.org

P.O. Box 6020

Aurora, IL 60598-0020

- Non-sedating antihistamines or histamine receptor blockers, except as covered at the UNITE HERE HEALTH – Health Center or at one of the free pharmacy locations.
- Fertility drugs.
- Glucometers, other than those the Fund gives to you for free. You may be able to get a glucometer through the medical benefits if you do not want one of the free ones, but you will usually have to pay part or all of the cost.
- Weight control drugs, unless for the treatment of morbid obesity under the direct supervision of a healthcare provider, and authorized in writing by the Fund or its designee.
- Preventive healthcare services and supplies that you must get through the medical benefits.
- 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.
- New-to-market prescription drugs until the Fund or its designee has reviewed and approved the prescription drug.
- Specialty prescription drugs if you do not use the specialty pharmacy or the UNITE HERE HEALTH – Health Center.
- Unless specifically listed on the formulary, or available at the UNITE HERE HEALTH – Health Center or at one of the two free pharmacy locations, over-the-counter drugs.
- High-cost “me too” drugs, unless the Fund or its designee approves the drug for purchase. “Me too” drugs usually have only very small differences in how they work, but are considered “new” drugs with no generic equivalent. Often, the manufacturer charges high prices for these drugs even though there are other drugs available that work just as well for a lower cost. You can find out if a “me too” drug is covered by contacting Hospitality Rx.
- Diagnostics (drugs used to help in the process of diagnosing certain medical conditions).
- Drugs, medications, or supplies that are not covered under the Fund’s or Fund’s designee’s claims processing guidelines or any other internal rule, including but not limited to any national guidelines used by the medical community.
- Medical foods (medical foods may be covered under the medical benefit).

Eligibility

Change to self-payment rules for newly eligible employees

Effective the November 1, 2018 coverage month

In some cases, you can make a self-payment to continue your eligibility. Currently, to be eligible to make a self-payment, you must have at least 300 applied hours in the 12 months immediately before the work period for which you are making a self-payment. This rule is called the 300-hour rule.

Beginning with the November 1, 2018 coverage month, the 300-hour rule won't apply during:

- the 12 months from the date you first become eligible under Plan Unit 102 (Atlantic City Casinos), or
- the 12 months from the date you reestablish eligibility by again satisfying the initial eligibility rules. This applies when you lose eligibility for more than 12 months and become eligible again, as described in the "Reestablishing employee coverage" section of your SPD.

For example, the 300-hour rule will not apply to you immediately if you are an employee of a new contributing employer, a new employee of a current contributing employer, or an employee transferring to Plan Unit 102 from another Fund Plan Unit or from an employer plan. If you would otherwise be able to make a self-payment, but do not have the required 300 hours, you will be allowed to make a self-payment during the 12 months described above. After the 12-month period is over, you will be required to meet the 300-hour rule.

All other rules regarding self-payments will continue to apply.

Contact the Fund if you no longer want to cover a dependent

You may ask the Fund to stop covering your dependent (or dependents) or to re-enroll a disenrolled dependent. The rules shown in your SPD for disenrolling a dependent and for re-enrolling a disenrolled dependent are deleted in their entirety. Contact the Fund for more information about how to stop covering a dependent, or how to re-enroll a dependent if you change your mind.

Get answers
to all your
questions:
(888) 437-3480

Save time, Go online

Visit your member portal

www.uhh.org/member

to check claims, request
an ID card, and more!

UNITE HERE
HEALTH

www.uhh.org

P.O. Box 6020

Aurora, IL 60598-0020

Get answers
to all your
questions:
(888) 437-3480

Medical

Clarifications to your Summary Plan Description (SPD)

The following clarifications are made to your SPD:

- When services require prior authorization through eviCore, you or your provider must get authorization before you get the service. Retrospective review (after you get the service) is not available for diagnostic imaging and radiation therapy services that require prior authorization by eviCore. If you use a provider that isn't a Horizon Direct Access provider (such as a BlueCard provider or non-network provider), you are responsible for getting prior authorization. If you or your provider don't get prior authorization before you receive these types of care, your claim will be denied.
- Nuclear cardiac imaging is a type of diagnostic imaging. Your benefits for nuclear cardiac imaging are the same as the diagnostic imaging benefits shown on pages B-3 and D-7 of your SPD. Prior authorization is required through eviCore.
- EviCore may reach out to you to help you schedule your appointment for outpatient diagnostic imaging services at the best-value imaging location nearest you. You can also call eviCore and get help scheduling basic radiology services that do not require prior authorization. The scheduling service provided is a courtesy. You are not required to schedule your appointment through eviCore to receive benefits.

In case your claim is denied, please remember you can appeal within 12 months of your receipt of the denial to:

The Appeals Subcommittee

UNITE HERE HEALTH
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504

Page C-2 of your SPD incorrectly states you must follow eviCore's scheduling requirements.

Definition of “durable medical equipment (DME)” changed

Effective November 1, 2018, the definition of “DME” is changed to remove the rule that the equipment must be approved for payment by Medicare in order to be covered by the Plan.

Save time, Go online

Visit your member portal
www.uhh.org/member
to check claims, request
an ID card, and more!

UNITE HERE
HEALTH

www.uhh.org
P.O. Box 6020
Aurora, IL 60598-0020

General

Restriction of Venue

Effective October 12, 2018, any action, claim, controversy, or dispute relating to or arising under the Fund, Plan, Summary Plan Description, and/or Trust Agreement shall be brought and resolved only in the United States District Court for the Northern District of Illinois and in any courts in which appeals from such court are heard.

New scholarship benefit available

What is the John Wilhelm scholarship?

The John Wilhelm Endowed Scholarship Benefit helps you or your dependents get an undergraduate degree (bachelor's degree) in the health sciences field at the University of Nevada, Las Vegas (UNLV).

Am I eligible to apply for the scholarship?

You or your dependents must meet the following rules in order to be eligible to apply for the scholarship.

You must meet the following requirements:

- Fund eligibility. You must either be:
 - A current employee, both currently eligible under the Fund and have been eligible for at least 36 continuous months. (You may meet this rule based on months you were eligible under any plan or fund that merges into UNITE HERE HEALTH.)
 - An eligible dependent of a current employee who meets the above rule.
- Be admitted to UNLV, and pursuing an undergraduate degree in Public Health, Nursing, or other major within the School of Allied Health Sciences.
- Have a 3.0 or higher cumulative grade point average (GPA).
- Be enrolled as a part-time or full-time student, and have a class standing of a junior or higher.

How do I apply for the scholarship?

You may apply for the scholarship through the UNLV financial aid and scholarship office by completing the Free Application for Federal Student Aid (FAFSA) and any other required materials. Contact UNLV for help getting or completing the required application materials, or for information on application deadlines.

Get answers
to all your
questions:
(888) 437-3480

Save time, Go online

Visit your member portal
www.uhh.org/member
to check claims, request
an ID card, and more!

UNITE HERE
HEALTH

www.uhh.org

P.O. Box 6020
Aurora, IL 60598-0020

General *(continued)*

You must apply for the scholarship each year, even if you have received it in the past. You may re-apply each year, even if you did not receive it in prior years.

How does the scholarship work?

Based on numerous factors, the Fund will determine the amount and number of scholarships, if any, awarded for each academic year. The Fund will also determine if you meet the Fund eligibility requirement described above in the “Am I eligible to apply for the scholarship” section. Determinations regarding the eligibility requirement will be made in the sole and independent discretion of the Fund and shall be final and binding for all persons who apply for the scholarship.

UNLV will select the final scholarship recipients and will give preference based on financial need and past receipt of the scholarship. All decisions regarding the recipients will be made in the sole and independent discretion of UNLV and shall be final and binding for all persons who apply.

What else do I need to know about the scholarship?

- The scholarship may only be used for tuition at UNLV. You cannot use the scholarship for registration fees, student body fees, activity fees, books, supplies, equipment, tools, meals, lodging, parking, or transportation.
- The scholarship cannot be applied towards post-graduate degrees.
- Scholarships are not guaranteed each year and may not be awarded in any particular year.
- Scholarship amounts will be applied to tuition only after all other financial aid, such as public or private financial assistance, fellowships, scholarships, or grants, is applied.

What are my appeal rights?

If you or your dependent(s) do not get the scholarship benefit because you do not meet the Fund eligibility requirement described above in “Am I eligible to apply for the scholarship,” you may appeal the denial within 60 days of receiving the denial notice.

See your SPD for more information about the subcommittee’s review of your appeal, and when you will be notified of the Appeal Subcommittee’s decision.

Submit your appeal to:

The Appeals Subcommittee

UNITE HERE HEALTH
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504

**Get answers
to all your
questions:
(888) 437-3480**

Save time, Go online

Visit your member portal
www.uhh.org/member
to check claims, request
an ID card, and more!

UNITE HERE
HEALTH

www.uhh.org
P.O. Box 6020
Aurora, IL 60598-0020

Farmacia

Cambios importantes y aclaraciones a sus beneficios de medicamentos con receta

Vigente el 1 de Noviembre de 2018 (a menos que se especifique una fecha diferente)

Este SMM proporciona algunos cambios importantes y aclaraciones a sus beneficios de medicamentos con receta. Asegúrese de leerlo detenidamente para que usted sepa qué es lo que cubre el Plan y lo que usted pagará por sus medicamentos con receta. Contáctenos si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios.

Lo que usted paga por sus medicamentos con receta			
Beneficios de Medicamentos con Receta		Por Receta Médica	
Beneficios de Medicamentos con Receta del Formulario en el Centro de Salud UNITE HERE HEALTH - Health Center y en las ubicaciones de farmacias gratuitas — vea la página I-6 en su SPD (hasta un suministro de 60 días)			
Medicamentos con receta (excluyendo medicamentos especializados selectos, biosimilares selectos y de marca selectos)	\$0		
Medicamentos especializados selectos y biosimilares selectos*	25%		
Medicamentos de marca selectos*	50%		
Beneficios de Medicamentos con Receta del Formulario dentro de la Red de Farmacias Minoristas y de Pedidos por Correo	Farmacia Minorista hasta un suministro de 34 días	Pedido por Correo hasta un suministro de 60 días	
Medicamentos para servicios de atención médica preventiva	\$0		
Medicamentos genéricos	\$5		
Medicamentos de marca	\$15		
Medicamentos especializados selectos y biosimilares selectos* (Vigente el 1 de Enero de 2019)	No tiene cobertura	Genérico	De Marca
		\$5	25%
Medicamentos con Receta y Suministros No Incluidos en el Formulario	No tiene cobertura, a menos que se apruebe una excepción		
* El proveedor de beneficios farmacéuticos actual activamente administrará y determinará los medicamentos en el nivel (in tier). Los medicamentos especializados únicamente están disponibles en el Centro de Salud UNITE HERE HEALTH - Health Center y en la farmacia especializada de pedidos por correo.			

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

Ahorre tiempo, conéctese en línea

¡Visite su portal para miembros www.uhh.org/member para verificar reclamos, solicitar una tarjeta de ID y más!

UNITE HERE HEALTH

(888) 437-3480

www.uhh.org

P.O. Box 6020

Aurora, IL 60598-0020

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(888) 437-3480**

**Ahorre tiempo,
conéctese en línea**

¡Visite su portal para miembros
www.uhh.org/member
para verificar reclamos, solicitar
una tarjeta de ID y más!

**UNITE HERE
HEALTH**

www.uhh.org

P.O. Box 6020
Aurora, IL 60598-0020

Farmacia (continuación)

Límite de gastos fuera de su bolsillo para medicamentos con receta

Usted ya no estará sujeto a un recargo por reabastecimientos anticipados de sus medicamentos. La referencia a “cualquier monto de recargo que pague por reabastecimientos anticipados” se elimina de esta sección de su SPD.

Lo que está cubierto bajo sus beneficios de medicamentos con receta

Un medicamento o suministro debe estar incluido en el formulario “inteligente” para poder ser cubierto (a menos que usted obtenga una excepción del formulario de parte del Plan). Los tipos de medicamentos y suministros cubiertos bajo sus beneficios de medicamentos con receta se enumeran en su SPD. Sin embargo, los medicamentos y suministros cubiertos también incluyen:

- Ciertos medicamentos de venta libre (OTC por sus iniciales en inglés), siempre y cuando usted tenga una receta médica, y siempre y cuando usted obtenga el medicamento en el Centro de Salud UNITE HERE HEALTH – Health Center, o en las dos ubicaciones gratuitas en Pennsylvania.
- Vitaminas, pero únicamente vitaminas en el formulario. (Esto reemplaza la lista de vitaminas cubiertas que se muestra en su SPD.)
- Dispositivos de lanceta.

Recuerde, usted necesita una receta médica para servicios y suministros de atención médica de venta libre (OTC por sus iniciales en inglés) antes de que el Plan pague los beneficios.

Programas de seguridad y contención de costos

El Fondo proporciona protección adicional a través de varios programas de seguridad y contención de costos. Consulte su SPD para obtener más información sobre los programas de seguridad y contención de costos. Recuerde, si un medicamento con receta está sujeto a un programa de seguridad o de contención de costos, usted debe seguir el programa para poder obtener los beneficios para el medicamento.

La lista de medicamentos con receta que están sujetos a programas de seguridad o de contención de costos cambia de vez en cuando. Comuníquese con Hospitality Rx al (844) 813-3860 si tiene preguntas sobre qué medicamentos con receta están sujetos a programas de seguridad o de contención de costos, o para solicitar una excepción.

Farmacia (continuación)

Cambio al programa de autorización previa: Es posible que no se requiera autorización previa para todos los medicamentos que la U.S. Food and Drug Administration (FDA) esté revisando por riesgos graves conocidos o potenciales bajo una estrategia de evaluación y mitigación de riesgos. Si se requiere autorización previa, Hospitality Rx trabajará con su proveedor de atención médica para obtener la información requerida.

Aclaración del programa de terapia escalonada: En muchos casos, existen alternativas efectivas a menor costo para ciertos medicamentos con receta. Un programa de terapia escalonada le pedirá que pruebe versiones genéricas o de menor costo de un medicamento con receta antes de aprobar la cobertura de un medicamento de marca de mayor costo. Si el medicamento con receta de primer nivel no funciona para usted, o causa efectos secundarios graves, se le “da un paso arriba” a otra opción de medicamento.

Por ejemplo, si usted necesita un ARB (bloqueador de los receptores de la angiotensina), para tratar la presión arterial alta, se le puede pedir primero que pruebe una versión genérica. Si la versión genérica no funciona o causa efectos secundarios graves, se le puede pedir que pruebe una versión de marca.

Política para medicamentos genéricos con receta: Si usted o su proveedor eligen un medicamento de marca con receta que tiene cobertura cuando podría obtener un equivalente genérico en su lugar, usted pagará la diferencia en costo entre el medicamento de marca con receta y el equivalente genérico. Por ejemplo, si el medicamento de marca con receta cuesta \$80 en una farmacia minorista, y el costo del Fondo para el equivalente genérico es de \$30, usted debe pagar la diferencia de \$50. También tendrá que pagar el copago de medicamentos genéricos.

La política de medicamentos genéricos con receta no se aplica a ciertos medicamentos con receta que necesitan ser monitoreados de cerca, o si cambios muy pequeños en la dosis pueden ser perjudiciales. Los medicamentos con receta que no están sujetos a la política de medicamentos genéricos con receta cambian de vez en cuando. Esta regla tampoco se aplicará si obtiene una excepción a través de un programa de seguridad o de contención de costos. Su proveedor de atención médica deberá obtener aprobación previa para que esta excepción se aplique a sus medicamentos con receta.

Si usted tiene una excepción a la política de medicamentos genéricos con receta, todavía tendrá que pagar el copago aplicable.

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(888) 437-3480**

**Ahorre tiempo,
conéctese en línea**

¡Visite su portal para miembros
www.uhh.org/member
para verificar reclamos, solicitar
una tarjeta de ID y más!

**UNITE HERE
HEALTH**

www.uhh.org

P.O. Box 6020
Aurora, IL 60598-0020

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(888) 437-3480**

**Ahorre tiempo,
conéctese en línea**

¡Visite su portal para miembros
www.uhh.org/member
para verificar reclamos, solicitar
una tarjeta de ID y más!

**UNITE HERE
HEALTH**

www.uhh.org

P.O. Box 6020
Aurora, IL 60598-0020

Farmacia (continuación)

Límites de abastecimiento y reabastecimiento

Se han realizado algunos cambios a la información que se muestra en la sección “Límites de abastecimiento y reabastecimiento” de su SPD:

- **Suministro de 60 días para algunos medicamentos:** Si usted utiliza el Centro de Salud UNITE HERE HEALTH – Health Center, una de las farmacias gratuitas de Pennsylvania o la farmacia de pedidos por correo, puede obtener un suministro de hasta 60 días de su medicamento.
- **Los programas de seguridad o de contención de costos pueden limitar la cantidad de un medicamento que puede obtener:** Un programa de seguridad o de contención de costos puede limitar la cantidad de un medicamento cada vez que se abastece a menor cantidad del suministro máximo de días que de lo contrario es permitido. Por ejemplo, la mayoría de las prescripciones abastecidas a través de la farmacia especializada de pedidos por correo estarán limitadas a un suministro de menos de 34 días o 60 días.
- **Programa de abastecimiento anticipado:** Por lo general, usted no puede reabastecer una receta médica antes de lo permitido bajo cualquier norma aplicable, programas de seguridad o de contención de costos u otras reglas del Plan. En algunos casos, puede reabastecer su receta antes de lo que normalmente se permite. Por ejemplo, puede obtener un reabastecimiento anticipado si:
 - Usted demuestra que estará afuera del país cuando se quede sin un medicamento con receta. Si se aprueba su reabastecimiento anticipado, puede obtener un suministro de hasta 60 días por el copago aplicable de medicamentos al por menor.
 - Su medicamento se pierde o es robado.
 - Se queda sin un medicamento demasiado pronto porque malinterpretó las instrucciones o accidentalmente utilizó demasiado. Podrá obtener dicho reabastecimiento anticipado una sola vez de por vida por este medicamento.

Es posible que se le requiera utilizar el programa de administración de casos (case management program) para poder obtener un abastecimiento anticipado.

Llame a Hospitality Rx al **(844) 813-3860** si necesita un reabastecimiento anticipado de un medicamento.

- Seasonale® se elimina de la lista de medicamentos anticonceptivos que únicamente están disponibles en una cantidad de 90 días. Seasonale® no está en su formulario (la lista de medicamentos que están cubiertos).
- Los programas de seguridad y contención de costos determinarán la cantidad máxima de medicamentos con receta para el tratamiento de la impotencia masculina que puede obtener en cada abastecimiento. Estos medicamentos no siempre serán necesariamente limitados a 6 aplicaciones por mes y a un suministro inicial de 3 meses.

Farmacia (continuación)

Farmacia de medicamentos especializados

Vigente el 1 de Enero de 2019

Usted debe utilizar la farmacia especializada o el Centro de Salud UNITE HERE HEALTH – Health Center para comprar todos los medicamentos especializados con receta, incluidos los medicamentos genéricos especializados y los medicamentos especializados recetados para tratar el VIH/SIDA.

AllianceRx Walgreens Prime ya no será su farmacia de medicamentos especializados. En su lugar, debe obtener sus medicamentos especializados a través de **Diplomat**.

Diplomat

(844) 857-5772

www.diplomatpharmacy.com

Lo que no está cubierto

Consulte su SPD para obtener una lista de las exclusiones y limitaciones generales que se aplican a sus beneficios. Por ejemplo, los tratamientos experimentales y de investigación, incluidos los medicamentos, no están cubiertos. Además de esas exclusiones, la sección “Lo que no está cubierto” que se muestra en su SPD se reemplaza con la lista a continuación:

- Medicamentos con receta que no han sido aprobados por la FDA. Sin embargo, el Fondo o su representante podría cubrir medicamentos con receta no aprobados por la FDA en ciertas situaciones. Usted o su profesional de cuidados de la salud pueden solicitar una excepción a través del programa de autorización previa del Fondo.
- Medicamentos o suministros no incluidos en el formulario, a menos que el Fondo o su representante otorgue una aprobación previa para el medicamento o suministro. Usted debe probar todas las alternativas médicamente apropiados en el formulario antes de que pueda obtener una excepción al formulario.
- Medicamentos o fármacos utilizados, consumidos o administrados en el lugar donde se dispensan, aparte de las inmunizaciones. (Estos medicamentos pueden estar cubiertos bajo sus beneficios médicos.)
- Recetas o reabastecimientos en cantidades superiores a los límites de cantidad.
- Vitaminas, suplementos dietéticos o ayudas dietéticas, excepto aquellos específicamente incluidos en el formulario.
- Medicamentos utilizados por razones cosméticas, incluyendo Rogaine y otros medicamentos para prevenir la caída del cabello.
- Hormona del crecimiento humano, excepto para tratar la emaciación debida al SIDA.
- Medicamentos u otros suministros cubiertos no comprados en una farmacia dentro de la red.

Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(888) 437-3480

**Ahorre tiempo,
conéctese en línea**

¡Visite su portal para miembros

www.uhh.org/member

para verificar reclamos, solicitar
una tarjeta de ID y más!

UNITE HERE
HEALTH

www.uhh.org

P.O. Box 6020

Aurora, IL 60598-0020

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(888) 437-3480**

**Ahorre tiempo,
conéctese en línea**

¡Visite su portal para miembros
www.uhh.org/member
para verificar reclamos, solicitar
una tarjeta de ID y más!

**UNITE HERE
HEALTH**

www.uhh.org
P.O. Box 6020
Aurora, IL 60598-0020

Farmacia (continuación)

- Dispositivos anticonceptivos e implantes que no sean medicamentos anticonceptivos femeninos, dispositivos o suministros de venta libre y aprobados por la FDA para los cuales usted tenga una receta médica.
- Antihistamínicos no sedantes o bloqueadores de los receptores de histamina, excepto lo cubierto en el Centro de Salud UNITE HERE HEALTH – Health Center o en una de las farmacias gratuitas.
- Medicamentos para la fertilidad.
- Glucómetros, distintos de los que el Fondo le da de forma gratuita. Es posible que pueda obtener un glucómetro a través de los beneficios médicos si no desea uno de los gratuitos, pero normalmente tendrá que pagar parte o todo el costo.
- Medicamentos para el control del peso, a no ser que sea para el tratamiento de la obesidad mórbida bajo la supervisión directa de un proveedor de atención médica, y autorizado por escrito por el Fondo o su representante.
- Servicios y suministros de atención médica preventiva que debe obtener a través de los beneficios médicos.
- Medicamentos que requieren revisión bajo un programa de seguridad o contención de costos (como un medicamento que requiere autorización previa, o un medicamento sujeto al programa de terapia escalonada) si ese programa de seguridad o de contención de costos no es seguido, o no aprueba el medicamento.
- Medicamentos con receta nuevos en el mercado hasta que el Fondo o su representante haya revisado y aprobado el medicamento con receta.
- Medicamentos especializados con receta si usted no utiliza la farmacia especializada o el Centro de Salud UNITE HERE HEALTH – Health Center.
- Medicamentos de venta libre a menos que esté específicamente listado en el formulario, o esté disponible en el Centro de Salud UNITE HERE HEALTH – Health Center o en una de las dos ubicaciones de farmacias gratuitas, .
- Medicamentos “me-too” (aparentemente nuevos) de alto costo, a menos que el Fondo o su representante apruebe la compra del medicamento. Los medicamentos “me-too” suelen tener muy pocas diferencias en su funcionamiento, pero son considerados medicamentos “nuevos” sin equivalente genérico. A menudo, el fabricante cobra precios altos por estos medicamentos a pesar de que hay otros medicamentos disponibles que funcionan igual de bien por un costo menor. Puede averiguar si un medicamento “me-too” está cubierto contactando a Hospitality Rx.
- Diagnóstico (medicamentos utilizados para ayudar en el proceso de diagnóstico de ciertas condiciones médicas).
- Medicamentos, fármacos o suministros que no están cubiertos bajo el Plan o las directrices de procesamiento de reclamos de la persona designada del Plan o cualquier otra regla interna, incluyendo, pero no limitado a, cualquier guía nacional utilizada por la comunidad médica.
- Alimentos médicos (los alimentos médicos pueden estar cubiertos bajo el beneficio médico).

Elegibilidad

Cambio a las reglas de auto-pago (self-payment) para empleados recientemente elegibles

Vigente el mes de cobertura del 1 de Noviembre de 2018

En algunos casos, usted puede realizar un auto-pago (self-payment) para continuar con su elegibilidad. Actualmente, para ser elegible para realizar auto-pagos, debe tener por lo menos 300 horas aplicadas en los 12 meses inmediatamente anteriores al período de trabajo para el que está realizando un auto-pago. A esta regla se le llama la regla de las 300 horas.

Iniciando con el mes de cobertura del 1 de Noviembre de 2018, la regla de las 300 horas no se aplicará durante:

- los 12 meses a partir de la fecha en que sea elegible por primera vez bajo el Plan Unit 102 (Atlantic City Casinos), o
- los 12 meses a partir de la fecha en que usted reestablezca la elegibilidad al cumplir nuevamente con las reglas de elegibilidad iniciales. Esto se aplica cuando pierde la elegibilidad por más de 12 meses y vuelve a ser elegible, como se describe en la sección “Reestableciendo la cobertura del empleado” de su SPD.

Por ejemplo, la regla de las 300 horas no se aplicará a usted inmediatamente si es un empleado de un empleador contribuyente nuevo, un empleado nuevo de un empleador contribuyente actual o un empleado que se transfiere al Plan Unit 102 desde otro Plan Unit del Fondo o desde un plan de empleador. Si de otra manera pudiera realizar un auto-pago, pero no tiene las 300 horas requeridas, se le permitirá realizar un auto-pago durante los 12 meses descritos anteriormente. Después de que termine el período de 12 meses, se le requerirá que cumpla con la regla de las 300 horas.

Se continuarán aplicando todas las demás reglas relacionadas con los auto-pagos.

Póngase en contacto con el Fondo si ya no desea cubrir a un dependiente

Puede solicitar al Fondo que deje de cubrir a su dependiente (o dependientes) o para volver a inscribir a un dependiente al cuál le había cancelado la inscripción. Se eliminan completamente las reglas que se muestran en su SPD sobre la cancelación de la inscripción de un dependiente y sobre cómo volver a inscribir a un dependiente al cuál le había cancelado la inscripción. Póngase en contacto con el Fondo para obtener más información sobre cómo dejar de cubrir a un dependiente, o cómo volver a inscribir a un dependiente si usted cambia de opinión.

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(888) 437-3480**

**Ahorre tiempo,
conéctese en línea**

¡Visite su portal para miembros
www.uhh.org/member
para verificar reclamos, solicitar
una tarjeta de ID y más!

UNITE HERE
HEALTH

www.uhh.org

P.O. Box 6020

Aurora, IL 60598-0020

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(888) 437-3480**

**Ahorre tiempo,
conéctese en línea**

¡Visite su portal para miembros
www.uhh.org/member
para verificar reclamos, solicitar
una tarjeta de ID y más!

**UNITE HERE
HEALTH**

www.uhh.org
P.O. Box 6020
Aurora, IL 60598-0020

Médica

Aclaraciones de su Descripción Resumida del Plan (SPD)

Se hacen las siguientes aclaraciones a su SPD:

- Cuando los servicios requieren autorización previa a través de eviCore, usted o su proveedor deben obtener autorización antes de recibir el servicio. La revisión retrospectiva (después de recibir el servicio) no está disponible para los servicios de diagnóstico por imagen y radioterapia que requieren autorización previa de eviCore. Si usted utiliza un proveedor que no es un proveedor de Horizon Direct Access (como un proveedor de BlueCard o un proveedor fuera de la red), usted es responsable de obtener la autorización previa. Si usted o su proveedor no obtienen una autorización previa antes de recibir estos tipos de atención, su reclamo será denegado.
 - Las imágenes cardíacas nucleares son un tipo de diagnóstico por imagen. Sus beneficios para las imágenes cardíacas nucleares son los mismos que los beneficios de diagnóstico por imagen que se muestran en las páginas B-3 y D-7 de su SPD. Se requiere autorización previa a través de eviCore.
 - EviCore podría comunicarse con usted para ayudarle a programar su cita para servicios de diagnóstico por imagen para pacientes ambulatorios, en el centro de diagnóstico por imagen de mejor valor y la ubicación más cercana a usted. También puede llamar a eviCore y obtener ayuda para programar servicios básicos de radiología que no requieren autorización previa. El servicio de programación de servicios proporcionado es una cortesía. No es necesario que programe su cita a través de eviCore para recibir beneficios.
- La página C-2 de su SPD indica incorrectamente que usted debe seguir los requisitos de programación de eviCore.

En caso de que se niegue su reclamo, recuerde que puede apelar dentro de los 12 meses posteriores a que recibió la negación a:

The Appeals Subcommittee

UNITE HERE HEALTH
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504

La definición de “equipo médico duradero (DME por sus iniciales en inglés)” ha cambiado

A partir del 1 de Noviembre de 2018, la definición de “DME” se ha cambiado para eliminar la regla de que el equipo debe estar aprobado para su pago por Medicare para estar cubierto por el Plan.

General

Restricción de Tribunal

A partir del 12 de Octubre de 2018, cualquier acción, reclamo, controversia o disputa relacionada con o derivada del Fondo, Plan, Descripción Resumida del Plan y/o Acuerdo Fiduciario debe presentarse y resolverse únicamente en el Tribunal de Distrito de los Estados Unidos para el Distrito Norte de Illinois (United States District Court for the Northern District of Illinois) y en cualquier tribunal en el que se escuchen las apelaciones de dicho tribunal.

Nuevo beneficio de beca disponible

¿Qué es la beca John Wilhelm?

El Beneficio de Becas otorgado por John Wilhelm Endowed Scholarship Benefit le ayuda a usted o a sus dependientes a obtener un título universitario (licenciatura) en el campo de las ciencias de la salud en la University of Nevada, Las Vegas (UNLV).

¿Soy elegible para aplicar a la beca?

Usted o sus dependientes deben cumplir con las reglas a continuación para ser elegibles para aplicar a la beca.

Debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Elegibilidad del Fondo. Usted debe ser:
 - Un empleado actual, tanto actualmente elegible bajo el Fondo y ha sido elegible por lo menos 36 meses continuos. (Usted puede cumplir con esta regla basado en los meses que fue elegible bajo cualquier plan o fondo que se fusione con UNITE HERE HEALTH.)
 - Un dependiente elegible de un empleado actual que cumple con la regla anterior.
- Ser admitido en UNLV, y cursar estudios para un título universitario en Salud Pública, Enfermería u otra especialidad dentro de la School of Allied Health Sciences.
- Tener un promedio de calificaciones acumulado de 3.0 o más (GPA).
- Estar inscrito como estudiante a tiempo parcial o tiempo completo, y tener una categoría de junior o superior.

¿Cómo aplico para la beca?

Usted puede aplicar para la beca a través de la oficina de ayuda financiera y becas de UNLV y completando la aplicación Free Application for Federal Student Aid (FAFSA) y cualquier otro material requerido. Comuníquese con UNLV si necesita ayuda para obtener o completar los materiales de aplicación requeridos o para obtener información sobre los plazos de aplicación.

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(888) 437-3480**

**Ahorre tiempo,
conéctese en línea**

¡Visite su portal para miembros
www.uhh.org/member
para verificar reclamos, solicitar
una tarjeta de ID y más!

**UNITE HERE
HEALTH**

www.uhh.org

P.O. Box 6020

Aurora, IL 60598-0020

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(888) 437-3480**

**Ahorre tiempo,
conéctese en línea**

¡Visite su portal para miembros
www.uhh.org/member
para verificar reclamos, solicitar
una tarjeta de ID y más!

**UNITE HERE
HEALTH**

www.uhh.org
P.O. Box 6020
Aurora, IL 60598-0020

General (continuación)

Debe aplicar a la beca cada año, incluso si la ha recibido en el pasado. Puede volver a aplicar cada año, incluso si no la recibió en años anteriores.

¿Cómo funciona la beca?

Basado en varios factores, el Fondo determinará el monto y el número de becas, si las hubiera, otorgadas para cada año académico. El Fondo también determinará si usted cumple con el requisito de elegibilidad del Fondo descrito anteriormente en la sección “¿Soy elegible para solicitar la beca?”. Las determinaciones con respecto al requisito de elegibilidad se harán a discreción única e independiente del Fondo y serán definitivas y vinculantes para todas las personas que apliquen para la beca.

UNLV seleccionará los beneficiarios finales de la beca y dará preferencia según la necesidad financiera y si ha recibido la beca anteriormente. Todas las decisiones con respecto a los beneficiarios de la beca se tomarán a discreción única e independiente de UNLV y serán definitivas y vinculantes para todas las personas que apliquen.

¿Qué más necesito saber sobre la beca?

- La beca únicamente puede ser utilizada para la matrícula en UNLV. No puede utilizar la beca para pagar las cuotas de inscripción, cuotas del cuerpo estudiantil, cuotas de actividades, libros, suministros, equipo, herramientas, comidas, alojamiento, estacionamiento o transporte.
- La beca no puede ser aplicada hacia títulos de postgrado.
- Las becas no están garantizadas cada año y pueden no ser otorgadas en cualquier año en particular.
- Los montos de las becas se aplicarán a la matrícula solo después de que se haya aplicado cualquier otra ayuda financiera, tal como, asistencia financiera pública o privada, becas o subsidios.

¿Cuáles son mis derechos de apelación?

Si usted o sus dependientes no obtienen el beneficio de la beca porque no cumple con el requisito de elegibilidad del Fondo descrito anteriormente en “¿Soy elegible para aplicar a la beca?,” puede apelar la denegación dentro de los 60 días de haber recibido la notificación de denegación.

Consulte su SPD para obtener más información sobre la revisión de su apelación por parte del subcomité, y cuándo se le notificará de la decisión del Subcomité de Apelaciones.

Envíe su apelación a:

**The Appeals
Subcommittee**
UNITE HERE HEALTH
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504