



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.

ALL COVERAGE

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 of 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.

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.

Questions? Call your regional office at (888) 437-3480

Change in coverage for Hepatitis C prescription medications

Effective April 1, 2015

- **Only interferon, ribavirin, Sovaldi and Harvoni are covered for treatment of Hepatitis C.** Other Hepatitis C medications, such as Viekira and Olysio, are not covered.
- **You must use the specialty pharmacy, BriovaRx, to get your prescription medications for Hepatitis C treatment.** No benefits are paid if you do not buy them through BriovaRx.

Catamaran's Specialty Pharmacy —

Call BriovaRx: (855) 427-4682

www.mycatamaranrx.com

Questions? Call your regional office at (888) 437-3480



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.

TODA LA COBERTURA

Nuevas reglas agregadas a su plan

Efectivo a partir de 1º 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.

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.

¿Preguntas? Llame a la oficina regional al (888) 437-3480

Cambio en cobertura para medicamentos prescritos para Hepatitis C

Efectivo a partir de 1º de Abril de 2015

- **Sólo se cubren interferon, ribavirin, Sovaldi y Harvoni para el tratamiento de la Hepatitis C.** Otros medicamentos para Hepatitis C, como Viekira y Olysio, no se cubren.
- **Debe usar BriovaRx, la farmacia especialista, para obtener los medicamentos prescritos para el tratamiento de la Hepatitis C.** No se pagan beneficios para medicamentos contra la Hepatitis C si no los compra a través de BriovaRx .

Farmacia de Especialidad de Catamaran —

Llame al BriovaRx: (855) 427-4682

www.mycatamaranrx.com

¿Preguntas? Llame a la oficina regional al (888) 437-3480