

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 Drugs — (Network Retail Pharmacies and Mail Order)	Per Prescription		
	Retail Pharmacy <i>up to a 34-day supply</i>	Mail Order <i>up to a 60-day supply</i>	
Preventive healthcare services drugs	\$0		
Generic drugs	\$15		
Brand name drugs	\$30		
Select specialty and select biosimilar drugs* (Effective January 1, 2019)	Not covered	Generic	Brand
		\$15	25%
Non-Formulary Prescription Drugs and Supplies	Not covered, unless an exception is approved		

** Current pharmacy benefit provider will actively manage and determine drugs in tier. Specialty drugs are only available through the specialty mail order pharmacy.*

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

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



(833) 637-3519

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

Get answers
to all your
questions:
(833) 637-3519

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:

- Vitamins, but only vitamins on the formulary. (This replaces the list of covered vitamins shown in your SPD.)
- Lancet devices.
- Hormone therapy as long as the hormones are FDA approved and only available by prescription. Prior authorization is required for certain hormone therapy. Hormone therapy for individuals with gender dysphoria is not subject to an age restriction; however, the prior authorization process for individuals under age 18 will include an additional requirement that the treating physician have documentation showing sexual maturity of Tanner stage 2 or more. (This was accidentally left out of your SPD. Hormone therapy for gender dysphoria has been covered since January 1, 2018.)

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.

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:
(833) 637-3519**

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:
(833) 637-3519

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:

- **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.

- 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.

Pharmacy *(continued)*

Specialty drug pharmacy

Effective January 1, 2019

You must use the specialty pharmacy 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 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.
- 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.

Get answers
to all your
questions:
(833) 637-3519

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)*

- 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.
- Non-sedating antihistamines or histamine receptor blockers.
- Fertility drugs.
- Glucometers, other than those the Fund gives to you for free.
- 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 representative has reviewed and approved the prescription drug.
- Specialty prescription drugs if you do not use the specialty pharmacy.
- Unless specifically listed on the formulary, 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.

Get answers
to all your
questions:
(833) 637-3519

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

Dental

New name for your Cigna DHMO network

Effective January 1, 2019 your dental HMO network is changing its name to the “Cigna Dental Care Access Network.”

If you are looking for a network dentist, make sure you look for a dentist in the Cigna Dental Care Access Network!

Vision

Your VSP benefit

Effective January 1, 2019, you and your dependents will get BETTER vision benefits:

- No more copays for eye exams or your medically necessary contacts
- The network frame and elective contact allowance will increase from \$160 to \$175.

VISION BENEFITS — What You Pay

Description of Services Covered once every 12 months	VSP Provider	Non-Network Provider
Exam	\$0 copay	\$0 copay <i>Plan benefits limited to \$45</i>
Lenses	\$25 copay <i>Plan benefits limited to \$175 allowance for frames (lenses are covered in full)</i>	\$25 copay <i>Plan benefits limited to: \$30 for single vision lenses, \$50 for bifocal lenses, \$65 for trifocal lenses, and \$100 for lenticular lenses</i>
Frames		\$25 copay <i>Plan benefits limited to \$70</i>
Elective Contact Lenses (instead of glasses)	100% of the exam (up to \$50) \$0 copay for the contacts <i>Plan benefits limited to \$175 allowance for contacts</i>	\$0 copay <i>Plan benefits limited to \$120</i>
Medically Necessary Contact Lenses	\$0 copay	\$0 copay <i>Plan benefits limited to \$210</i>

Get answers to all your questions:
(833) 637-3519

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

Vision *(continued)*

Contact VSP at (800) 877-7195 when you have questions about your benefits or need help finding a VSP provider.

Filing a claim or an appeal with VSP

Do not send claims or requests for appeal to the Rancho Cordova address shown in your SPD.

Contact VSP at (800) 877-7195 when you have questions about filing a claim or requesting an appeal.

If you need to file a claim or an appeal for your VSP vision benefits, send the information to:

VSP

P.O. Box 385018
Birmingham, AL 35238-5018

Life and AD&D

Terminal illness benefit

The following information was left out of the life and AD&D benefits section of your SPD:

Terminal Illness Benefit

If you have a terminal illness (an illness so severe that you have a life expectancy of 24 months or less or if you are continuously confined in an eligible institution, as defined by Dearborn National, because of a medical condition and you are expected to remain there until your death), your life insurance pays a cash lump sum up to 75% of the death benefit in force on the day you were diagnosed with a terminal illness. The remaining portion of your death benefit will be paid to your named beneficiaries after your death. Certain exceptions may apply. See your certificate or call Dearborn National for more details.

Get answers
to all your
questions:
(833) 637-3519

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:
(833) 637-3519

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:
(833) 637-3519**

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			
Medicamentos con Receta — (Dentro de la Red de Farmacias Minoristas y de Pedidos por Correo)	Por Receta Médica		
	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	\$15		
Medicamentos de marca	\$30		
Medicamentos especializados selectos y biosimilares selectos* (Vigente el 1 de Enero de 2019)	No tiene cobertura	Genérico \$15	De Marca 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 a través de 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



UNITE HERE
HEALTH

(833) 637-3519

www.uhh.org

P.O. Box 6020

Aurora, IL 60598-0020

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(833) 637-3519**

**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:

- Vitaminas, pero únicamente vitaminas en el formulario. (Esto reemplaza la lista de vitaminas cubiertas que se muestra en su SPD.)
- Dispositivos de lanceta.
- Terapia hormonal siempre y cuando las hormonas estén aprobadas por la FDA y únicamente estén disponibles con receta médica. Se requiere autorización previa para ciertas terapias hormonales. La terapia hormonal para individuos con disforia de género no está sujeta a una restricción de edad; Sin embargo, el proceso de autorización previa para individuos menores de 18 años incluirá un requisito adicional de que el médico tratante tenga documentación que demuestre la madurez sexual de etapa 2 de Tanner o más. (Esto fue dejado fuera accidentalmente de su SPD. La terapia hormonal para la disforia de género ha estado cubierta desde el 1 de Enero de 2018.)

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:
(833) 637-3519**

**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:
(833) 637-3519

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:

- **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.

- 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 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 en el formulario medicamento apropiados 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.
- 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.

Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(833) 637-3519

**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:
(833) 637-3519**

**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)

- Medicamentos u otros suministros cubiertos no comprados en una farmacia dentro de la red.
- 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.
- Medicamentos para la fertilidad.
- Glucómetros, distintos de los que el Fondo le da de forma gratuita.
- 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.
- Medicamentos de venta libre a menos que esté específicamente listado en el formulario.
- 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.

Dental

Nuevo nombre para su red Cigna DHMO

A partir del 1 de Enero de 2019, su red dental HMO cambiará su nombre a “Cigna Dental Care Access Network.”

Si está buscando un dentista dentro de la red, asegúrese de buscar un dentista en la red ¡Cigna Dental Care Access Network!

Visión

Su beneficio VSP

A partir del 1 de Enero de 2019, usted y sus dependientes obtendrán MEJORES beneficios de la visión:

- No más copagos para los exámenes de la vista o sus lentes de contacto médicamente necesarios
- Lo permitido para marcos y lentes de contacto electivos dentro de la red aumentará de \$160 a \$175.

Beneficios de la Visión — Lo Que Usted Paga

Descripción de los servicios <i>Cubiertos una vez cada 12 meses</i>	Proveedor VSP	Proveedor Fuera de la Red
Examen	\$0 copago	\$0 copago <i>Beneficios del Plan limitados a \$45</i>
Lentes	\$25 copago <i>Los beneficios del Plan se limitan a \$175 permitido para marcos (los lentes están cubiertos en su totalidad)</i>	\$25 copago <i>Los beneficios del Plan se limitan a: \$30 para lentes monofocales, \$50 para lentes bifocales, \$65 para lentes trifocales, y \$100 para lentes lenticulares</i>
Marcos		\$25 copago <i>Los beneficios del Plan se limitan a \$70</i>
Lentes de Contacto Electivos <i>(en lugar de anteojos)</i>	100% del examen <i>(hasta \$50)</i> \$0 copago por los lentes de contacto <i>Los beneficios del Plan se limitan a \$175 permitido para lentes de contacto</i>	\$0 copago <i>Los beneficios del Plan se limitan a \$120</i>
Lentes de Contacto Médico Necesarios	\$0 copago	\$0 copago <i>Los beneficios del Plan se limitan a \$210</i>

Obtenga respuestas para todas sus preguntas:
(833) 637-3519

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



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

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(833) 637-3519**

Visión (continuación)

Comuníquese con VSP al (800) 877-7195 cuando tenga preguntas sobre sus beneficios o necesite ayuda para encontrar un proveedor de VSP.

Presentar un reclamo o una apelación con VSP

No envíe reclamos ni solicitudes de apelación a la dirección de Rancho Cordova que se muestra en su SPD.

Comuníquese con VSP al (800) 877-7195 cuando tenga preguntas sobre cómo presentar un reclamo o solicitar una apelación.

Si necesita presentar un reclamo o una apelación por sus beneficios de la visión de VSP, envíe la información a:

VSP

P.O. Box 385018
Birmingham, AL 35238-5018

Vida y AD&D

Beneficio de enfermedad terminal

La información a continuación se dejó fuera de la sección de beneficios de vida y AD&D de su SPD:

Beneficio de Enfermedad Terminal

Si usted tiene una enfermedad terminal (una enfermedad tan grave que tiene una expectativa de vida de 24 meses o menos o si está confinado continuamente a una institución elegible, según lo define Dearborn National, debido a una condición médica y se espera que permanezca allí hasta su muerte), su seguro de vida paga una suma global en efectivo de hasta el 75% del beneficio de muerte, vigente el día en que se le diagnosticó con una enfermedad terminal. La porción restante de su beneficio de muerte se pagará a sus beneficiarios nombrados después de su muerte. Se pueden aplicar ciertas excepciones. Vea su certificado o llame a Dearborn National para obtener más detalles.

**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

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:
(833) 637-3519**

**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:
(833) 637-3519**



**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