



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.

MEDICAL/PRESCRIPTION DRUG

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

Medical food benefit expanded; precertification required

Effective April 1, 2015

If you have an inborn error of metabolism (IEM) and require medical foods, you may qualify for reimbursement of the cost of your medical foods. This benefit is no longer limited to persons with phenylketonuria (PKU).

You must call to precertify the benefit before you can be reimbursed for medical food costs.

Remember, the Plan will reimburse 100% of the cost of medical foods up to \$2,500 per person per calendar year, provided the medical food is:

- Ordered by and used under the supervision of a healthcare professional;
- The primary source of nutrition for the patient (more than half the intake for the individual); and
- Labeled and used for the dietary management of IEM.

Questions? Call your Care Coordinators at (866) 686-0003

New preventive care covered at no cost to you

Effective April 1, 2015

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

- **Lung cancer screening:** If you smoke or used to smoke, you may be able to get a certain type of cancer screening called “low-dose computed tomography lung cancer screening” at no cost to you.
- **Prescription medications to help prevent breast cancer:** You may be able to get prescription medications to reduce your risk of getting breast cancer if you are at high risk for breast cancer. Only generic versions of these medications are covered at no cost to you. You must get these medications through the Prescription Drug Program.
- **Tobacco use prevention for children:** Your doctor may talk to your children about why they should not use cigarettes, e-cigarettes, pipes, cigars, chewing tobacco or other types of tobacco. The doctor may also provide you and your children with other information about the health risks of tobacco products. This information and time with your doctor will usually be at no cost to you.
- **Hepatitis C screening:** If you are at high risk for getting Hepatitis C, you can get screened for Hepatitis C at no cost to you. Additionally, if you were born between 1945 and 1965, you can get a one-time screening for Hepatitis C at no cost.
- **HIV screening, counseling and testing:** If you are male and age 15–65, you can get annual HIV screenings. Your doctor may also talk to you about how to prevent HIV infection. If you are younger than age 15 and older than 65, you may also get free annual screenings if you are at high risk for getting HIV.

Correction for osteoporosis screening for women:

Osteoporosis screening, which is a test to see if you are

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

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

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

Call today with questions about whether you meet the rules for the new preventive care
(866) 686-0003

at risk for breaking bones, is already preventive care for women age 65 and older. However, you may be able to get this test before age 65 if you are at high risk for osteoporosis.

Talk to your doctor to find out what preventive care you need. You can always contact UNITE HERE HEALTH with questions about what types of preventive care will be covered at no cost to you, and to find out if you need to follow certain rules to get the care.

Questions? Call your Care Coordinators at (866) 686-0003

Habilitative therapy for children with autism covered

Effective for treatment that begins between June 1, 2015 and May 31, 2018

The Plan will cover habilitative therapy for children with Autism Spectrum Disorders (ASD). If you use a network provider, you pay \$10 per day of treatment. The Plan pays the rest of the cost. If you use a non-network provider, you will pay the non-network coinsurance and deductibles.

Up to 30 hours of such habilitative therapy will be covered each week. The Plan will cover up to 36 months of habilitative therapy, starting on the first day the Plan pays for a habilitative therapy visit.

“Habilitative therapy” includes applied behavioral analysis (ABA) therapy and similar types of treatment. It does not include physical, speech or occupational therapy. (See your SPD for more information about how the Plan covers physical, speech and occupational therapy.)

The following rules apply to habilitative therapy for children with ASD:

- Your child must be at least 2 years old, but not older than 8 years old.
- Your child must have a valid diagnosis of ASD, and have a prorated mental age of at least 11 months.
- The therapy must be ordered by a pediatrician, child psychiatrist, child psychologist or healthcare professional whose license lets him or her order the therapy.
- The provider supervising the habilitative therapy must be certified by the Behavioral Analyst Certification Board (BACB) as a Board Certified Behavior Analyst or Board Certified Behavior Analyst Doctorate. The supervising provider can also be a healthcare professional whose medical license lets him or her supervise this type of care.

**Call your Care Coordinators:
(866) 686-0003**

to precertify habilitative therapy for children with ASD

- The person providing the habilitative therapy must be certified by the BACB as a Board Certified Assistant Behavioral Analyst or Registered Behavioral Technician. The therapy can also be provided by a healthcare professional whose medical license lets him or her provide this type of treatment.
- If school-based therapy is available, the Plan will only pay benefits for those services that supplement the school-based therapy. No benefits will be paid for school-based therapy.
- The habilitative therapy and treatment plan must be precertified by the Fund before treatment begins. The treatment notes and treatment plan must be reviewed by the Fund at least twice a year, and must show that:
 - Your child is demonstrating improvement;
 - You (the parents) are trained to, and do, participate in the habilitative therapy; and
 - You follow the treatment plan.

If the above rules are not met, future habilitative therapy for children with ASD may be denied, even if the 36-month maximum has not been met. No further Plan benefits will be paid for a course of habilitative therapy that starts on or after June 1, 2018.

Questions? Call your Care Coordinators at (866) 686-0003

New travel and lodging benefit

Effective July 1, 2015

Need to travel for specialized care? A new benefit will be available to help with travel, lodging and meal costs if you or your covered dependents need specialized care more than 50 miles away from home (if all travel is within the United States) for:

- Transplants;
- Cancer-related treatments; and
- Congenital heart defect care.

You can receive reimbursement for eligible travel, lodging and meal costs, including costs for one companion (two if the patient is a minor child).

The benefit is limited to \$10,000 per episode of care, with a maximum of \$250 per day for eligible lodging and meal costs; original receipts are required. You must participate in the case management program and precertification is required. If you are the donor of a transplanted organ or participate in a clinical trial, your expenses are not reimbursable.

More details about the benefit, including specifics regarding reimbursement and what expenses are eligible, will be provided upon request.

Your mental health/substance abuse benefits

The chart below shows your cost for mental health/substance abuse services. This summary clarifies the benefits for certain levels of care that may have been unclear in the past.

What You Pay for Mental Health/Substance Abuse Services		
Covered Services	Network	Non-Network
Inpatient Treatment, including Residential Treatment — <i>Benefits may be reduced by \$150 or denied entirely if the Care Coordinators are not contacted.</i>	<i>Base Plan:</i> Deductible and 10% coinsurance	Deductible and 40% coinsurance
	<i>Alternate Plans I, II and III:</i> Deductible and 20% coinsurance	
Office Visits	\$10 per visit	Deductible and 40% coinsurance
Partial Hospitalization, Intensive Outpatient and Ambulatory Detoxification	<i>Base Plan:</i> Deductible and 10% coinsurance	Deductible and 40% coinsurance
	<i>Alternate Plans I, II and III:</i> Deductible and 20% coinsurance	

Questions? Call your Care Coordinators at (866) 686-0003

DENTAL

The following change only applies if you have Dental coverage.

Cigna DPPO Advantage is your dental network's new name

Effective January 1, 2015

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

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

ALL COVERAGE

Changes to rules for signing up your dependents for coverage

Effective July 1, 2015

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

Your Collective Bargaining Agreement explains your coverage options

Contact UNITE HERE HEALTH with questions about your coverage options. Your Collective Bargaining Agreement (CBA) explains which medical options you can choose from — the Base Plan, Alternate Plan I, Alternate Plan II or Alternate Plan III. Your CBA will also usually explain whether or not you can enroll in Dental and Vision coverage. If your CBA explains your benefit options, the information in your SPD may not be correct. If you have questions about your coverage options, call your Care Coordinators for help.

Questions? Call your Care Coordinators at (866) 686-0003

New rules added to your plan

Effective July 1, 2015

Non-Assignment of Claims

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

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

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

Commencement of Legal Action

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

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

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

Questions? Call your Care Coordinators at (866) 686-0003



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.

MÉDICOS/MEDICAMENTOS DE VENTA BAJO RECETA

Cambio en cobertura para medicamentos prescriptos 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 prescriptos 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

Se extiende el beneficio de comida médica; se requiere precertificación

Efectivo el 1º de Abril de 2015

Si tiene una deficiencia congénita en el metabolismo (IEM, por su sigla en inglés) y requiere alimentos médicos, puede calificar para el reintegro del costo de sus alimentos médicos. El beneficio ya no está limitado a personas con fenilquetonuria (PKU).

Debe llamar para pre-certificar el beneficio antes de que se le reintegre el gasto del alimento médico.

Recuerde, el Plan reintegrará el 100% del gasto de alimentos médicos hasta \$2,500 por persona por año calendario, siempre que el alimento médico sea:

- Solicitado por y usado bajo la supervisión de un profesional de la salud;
- La fuente primaria de nutrición del paciente (más de la mitad de la ingesta para la persona); y
- Etiquetado y usado para la administración dietaria de IEM.

¿Preguntas? Llame a sus Coordinadores de Atención al (866) 686-0003

Nueva atención preventiva cubierta sin costo para usted

Efectivo el 1° de Abril de 2015

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

- **Evaluación del cáncer de pulmón:** Si fuma o solía hacerlo, se le puede hacer cierto tipo de evaluación de cáncer llamada "evaluación de cáncer de pulmón por tomografía computada de baja dosis."
- **Medicamentos prescritos para evitar el cáncer de mama:** Puede obtener medicamentos prescritos para reducir el riesgo de tener cáncer de mama si está en riesgo de cáncer de mama. Sólo se cubren versiones genéricas de estos medicamentos sin costo para usted. Debe conseguir estos medicamentos por medio del Programa de medicamentos prescritos.
- **Prevención del uso del tabaco para los niños:** Su médico puede hablar con sus hijos sobre por qué no deberían fumar cigarrillos, cigarrillos electrónicos, pipas, cigarros, masticar tabaco u otros tipos de tabaco. El médico también puede proporcionar a usted y sus hijos otra información sobre los riesgos en la salud que causan los productos del tabaco. Esta información y tiempo con el médico no tendrán costo para usted.
- **Evaluación de la Hepatitis C:** Si está en riesgo de enfermarse con Hepatitis C, puede recibir una evaluación sin costo para usted. Además, si nació entre 1945 y 1965, puede hacerse una evaluación única para la Hepatitis C sin costo.
- **Evaluación, asesoramiento y comprobación de VIH:** Si es hombre y tiene entre 15 y 65, puede recibir evaluaciones anuales de VIH. Su médico también puede hablar con usted sobre cómo evitar la infección de VIH. Si es menor de 15 y mayor de 65, también puede obtener evaluaciones anuales gratuitas si está en riesgo de enfermarse con VIH.

Corrección para la evaluación de osteoporosis para mujeres: La evaluación de osteoporosis, que es una prueba

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

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

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

Llame al UNITE HERE HEALTH para hacer preguntas sobre si usted cumple con las reglas para una nueva atención preventiva.

(866) 686-0003

para ver si está en riesgo de que sus huesos se rompan, ya es una atención preventiva para mujeres de 65 y mayores. No obstante, puede realizarse esta prueba antes de los 65 años si está en riesgo alto de tener osteoporosis.

Hable con su médico para conocer qué atención preventiva necesita. Siempre puede contactarse con UNITE HERE HEALTH para realizar preguntas sobre qué tipos de atención preventiva se cubrirán sin costo para usted y conocer si necesita seguir ciertas reglas para obtener la atención.

¿Preguntas? Llame a sus Coordinadores de Atención al (866) 686-0003

Terapia de habilitación para niños con autismo cubierta

Efectivo para tratamiento que comience entre el 1° de Junio de 2015 y el 31 de Mayo de 2018

El Plan cubrirá la terapia de rehabilitación para niños con Trastornos del espectro de autismo (ASD, por su sigla en inglés). Si usa un proveedor de la red, usted paga \$10 por día de tratamiento. El Plan paga el resto del costo. Si usa un proveedor fuera de la red, pagará el coseguro de fuera de la red y deducibles.

Se cubrirán por semana hasta 30 horas de dicha terapia de rehabilitación. El Plan cubrirá hasta 36 meses de terapia de rehabilitación, comenzando el primer día en que el Plan paga por una visita de terapia de rehabilitación.

La "Terapia de rehabilitación" incluye terapia de análisis aplicado de conducta (ABA, por su sigla en inglés) y tipos similares de tratamiento. No incluye terapia física, del habla u ocupacional. (Consulte su SPD para obtener más información sobre cómo el Plan cubre terapia física, del habla y ocupacional.)

Las siguientes reglas se aplican a la terapia de rehabilitación para niños con ASD:

- Su hijo debe tener al menos 2 años pero no más de 8.
- Su hijo debe tener un diagnóstico válido de ASD, y tener una edad mental proporcional de al menos 11 meses.
- La terapia debe estar solicitada por un pediatra, un siquiatra infantil o un psicólogo infantil, o un profesional de la salud cuya licencia le permita solicitar la terapia.
- El proveedor supervisor de la terapia de rehabilitación debe estar certificado por la Behavioral Analyst Certification Board (BACB, Junta de certificación de analistas de conducta) como un Doctorado analista de conducta certificado por la Junta. El proveedor supervisor también puede ser un profesional de la salud cuya licencia le permite supervisar este tipo de atención.

**Llame al su Care Coordinators:
(866) 686-0003**

para precertificar terapia de rehabilitación
para niños con ASD

- La persona que provee la terapia de rehabilitación debe estar certificada por la BACB como Analista asistente de la conducta certificado por la Junta o Técnico de la conducta registrado. Un profesional de la salud, cuya licencia médica le permite proveer este tipo de tratamiento, también puede realizar esta terapia.
- Si se dispone de terapia basada en la escolarización, el Plan sólo pagará los beneficios para aquellos servicios que suplementen la terapia basada en la escolarización. No se pagarán beneficios para la terapia basada en la escolarización.
- La terapia de rehabilitación y el plan de tratamiento deben estar pre-certificados por el Fondo antes de comenzar el tratamiento. Los apuntes del tratamiento y el plan de tratamiento deben ser revisados por el Fondo al menos dos veces al año y deben mostrar que:
 - Su hijo está demostrando mejora;
 - Ustedes (los padres) están capacitados, y sí, participan en la terapia de rehabilitación; y
 - Siguen el plan de tratamiento.

Si no se cumplen las reglas anteriores, puede negarse una futura terapia de rehabilitación para niños con ASD, incluso si no se ha cumplido el máximo de 36 meses. No se pagarán beneficios posteriores del Plan para un curso de terapia de rehabilitación que comience en o después del 1° de junio de 2018.

¿Preguntas? Llame a sus Coordinadores de Atención al (866) 686-0003

Nuevos beneficios de viaje y alojamiento

Efectivo el 1° de Julio de 2015

¿Necesita viajar para una atención especializada? Se dispondrá de un nuevo beneficio para ayudar con el viaje, alojamiento y gastos de comidas si usted o sus personas a cargo necesitan atención especializada a más de 50 millas de su hogar (si el viaje está dentro de los Estados Unidos) para:

- Transplantes;
- Tratamientos relacionados con el cáncer; y
- Atención por defecto congénito del corazón.

Puede recibir reintegro por el viaje elegible, alojamiento y gastos de comidas, incluyendo gastos para un acompañante (dos si el paciente es un niño menor).

El beneficio se limita a \$10,000 por episodio de atención, con un máximo de \$250 por día para alojamiento elegible y gastos de comidas; se requiere la presentación de recibos originales. Se requiere que participe en el programa de administración de caso y precertificación. Si es el donante de un órgano transplantado o participa en un estudio clínico, sus gastos no se reintegran.

Se pueden proporcionar más detalles sobre el beneficio, incluyendo especificaciones con respecto al reintegro y qué gastos son elegibles, bajo solicitud.

Beneficios de salud mental/abuso de sustancias

La siguiente tabla muestra el costo de los servicios de salud mental/abuso de sustancias. Este resumen aclara los beneficios para ciertos niveles de atención que pueden no haber estado claros anteriormente.

Lo que Paga por Salud Mental/Abuso de Sustancias		
Servicios Cubiertos	Red	Fuera de la Red
Tratamiento Ambulatorio, incluyendo Tratamiento Residencial — <i>Los beneficios pueden reducirse en \$150 o negarse completamente si no contacta a los Care Coordinators.</i>	<i>Base Plan:</i> Deducible y 10% de coseguro	Deducible y 40% de coseguro
	<i>Alternate Plans I, II and III:</i> Deducible y 20% de coseguro	
Visitas al Consultorio	\$10 por visita	Deducible y 40% de coseguro
Hospitalización Parcial, Desintoxicación con Atención y Tratamiento Ambulatorio Intensivo	<i>Base Plan:</i> Deducible y 10% de coseguro	Deducible y 40% de coseguro
	<i>Alternate Plans I, II y III:</i> Deducible y 20% de coseguro	

¿Preguntas? Llame a sus Coordinadores de Atención al (866) 686-0003

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

Cigna DPPO Advantage es su nuevo nombre de red dental

Efectivo el 1° de Enero de 2015

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

Llame al Cigna Dental: (800) 244-6224

www.cigna.com • www.myCigna.com

TODA LA COBERTURA

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

Efectivo a partir de 1° de Julio de 2015

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

Su Collective Bargaining Agreement explica sus opciones de cobertura

Contacte a UNITE HERE HEALTH si tiene preguntas sobre sus opciones de cobertura. Su Collective Bargaining Agreement (CBA, Acuerdo de Rebajas Colectivas) explica cuáles opciones médicas puede elegir a partir del Plan Base, Plan Alternativo I, Plan Alternativo II, o Plan Alternativo III. Su CBA también explicará si puede o no inscribirse en la cobertura dental y de la visión. Si su CBA explica opciones de beneficio, la información en su SPD puede no ser correcta. Si tiene preguntas sobre qué opciones de cobertura tiene, llame a los Coordinadores de atención para obtener ayuda. Si tiene preguntas acerca de sus opciones de cobertura, llame a su Care Coordinators para solicitar ayuda.

¿Preguntas? Llame a sus Coordinadores de Atención al (866) 686-0003

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. Este requisito no se aplica a sus derechos, a una revisión externa, por una organización de revisión independiente ("IRO" en inglés), dentro de la Ley de cuidado asequible.

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