

Vision

Changes to your \$200 vision care benefit

This change only applies if you are enrolled in the 24-month indemnity vision plan. Contact your Care Coordinators if you are not sure which vision plan you have.

If you are under age 19, the \$200 vision maximum benefit will not apply to your vision exams and eyeglass lenses. However, the \$200 maximum benefit **will** apply to all your other covered vision care—including but not limited to your frames, contact lenses, and eyeglass lens options.

If you are age 19 or older, the \$200 vision maximum benefit continues to apply to all your covered vision care services and supplies.

The Plan will cover one vision exam every 12 months, and one set of eyeglass lenses every 12 months. These new limits apply to everyone, no matter what age you are.

Vision benefits are payable every 24 months, beginning on the first day of the month in which you first get vision care services. Your 12-month benefit period for one vision exam and one set of eyeglass will begin with the first day of your 24-month benefit period.

Updates to Your Benefits



Food Service Plan

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.

UNITE HERE
HEALTH

(866) 686-0003

www.uhh.org
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

Prescription Drugs

Changes to your pharmacy benefits

Effective on and after April 1, 2016:

Several changes are made to your Hospitality Rx pharmacy benefits.

- A new rule gives you expanded access to early refills of your prescription drugs. In addition to early refills if you are traveling outside the U.S., you can now get an early refill for a lost or stolen prescription drug. Hospitality Rx must prior authorize any early refills.
 - If you get an early refill, a replacement refill surcharge of up to \$50 per drug may be charged in addition to your normal copay. The early refill surcharge won't apply to the first early refill for travel outside the U.S., or to the first early refill for a lost or stolen prescription drug.
 - If you are approved for an early refill for a lost or stolen drug, you may be required to participate in the pharmacy case management program.
 - Remember, a prescription may be refilled early, but only for a period of time not to exceed your eligibility for benefits.
- The Plan covers control solution used to test glucometers.
- The Plan exclusion for drugs to treat Hepatitis C other than interferon, ribavirin, Harvoni, and Solvadi is deleted. You and your healthcare provider must get prior authorization for drugs to treat Hepatitis C. Hospitality Rx will work with you and your doctor to get you the most appropriate, and cost-effective, Hepatitis C drug.
- The list of drugs your Plan doesn't cover is clarified by adding the following specific exclusions. These exclusions are not new; listing them should make it easier for you to keep track of what your Plan doesn't cover.

Get answers
to all your
questions:
(866) 686-0003



Food Service Plan

UNITE HERE
HEALTH

www.uhh.org

711 N. Commons Drive

Aurora, IL 60504-9919

Prescription Drugs *(continued)*

Your Plan does not cover:

- 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.
- Medical foods.
- Drugs, medications, or supplies that are not for an FDA-approved indication, that are not covered under the Plan's or Plan's designee's claims processing guidelines, or that are not covered under any other internal rule, guideline, protocol, or similar criterion that the Plan relies upon, including but not limited to any national guidelines established by the medical and scientific community.

Effective on and after January 1, 2017:

- Single-source ferrous sulfate, vitamin D, cyanocobalamin, Vitamin K, potassium chloride and bicarbonate, phosphate, calcium acetate, Niacin, and Galzin are added to the list of covered expenses. (The Fund may restrict coverage to only certain dosages of these vitamins.)
- All vitamins, minerals, and dietary supplements are excluded unless they are specifically covered under the Plan. This exclusion covers multi-agent vitamins, such as FeRivaFA®, and multivitamins, such as Centrum®.
- This exclusion means that only preventive healthcare medications and single-agent ferrous sulfate, vitamin D, cyanocobalamin, Vitamin K, potassium chloride and bicarbonate, phosphate, calcium acetate, Niacin, and Galzin (zinc) will be covered. (At the time this SMM was printed, "preventive healthcare" medications include vitamins like iron supplements and folic acid for certain people. The list of preventive care medications may change from time to time. See www.healthcare.gov/preventive-care-benefits for the most current information about preventive healthcare.)

Get answers
to all your
questions:
(866) 686-0003



Food Service Plan

UNITE HERE
HEALTH

www.uhh.org

711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

Get answers
to all your
questions:
(866) 686-0003



Food Service Plan

UNITE HERE
HEALTH

www.uhh.org
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

General

Change in rules for proving a person is your dependent

The rules for proving someone is your dependent are changing effective as of January 1, 2017.

- Currently, notarized copies of your most recent tax returns are one of the types of documents that may be provided as proof that someone is your dependent. However, as of January 1, 2017, copies of your tax returns do not have to be notarized in order to prove that someone is your dependent. A copy of your most recent tax returns is acceptable.
- As of January 1, 2017, certificates of creditable coverage, which show the dates you and your dependents were covered under another plan, will not be accepted as proof that someone is your dependent. You can still use a certificate of creditable coverage to show that you or a dependent has a special enrollment right.

As of January 1, 2017, only one parent's name must be on the documents you provide to the Fund to show that a child is your dependent. However, if your name is not the parent's name listed on the proof document, you must be able to show your relationship to the child (for instance, the child's listed parent is your spouse). For example, if your child's birth certificate names your spouse as the child's parent, but not you, you must also provide proof that you are married to your spouse in order to prove your relationship to the child.

Contact your Care Coordinators if you need help enrolling a dependent.

General Plan exclusion added

Effective October 1, 2016

The following general Plan exclusion is added: A service or item that is not covered under the Plan's claims processing guidelines or any other internal rule, guideline, protocol or similar criterion that the Plan relies upon.

General (continued)

Correction to your SPD

You have 180 days *from the date you receive the denial letter of a benefit claim* to file a first level appeal. Your SPD described the appeal deadline incorrectly.

Internal appeal exception

In certain situations, if the Plan fails to follow its claims procedures, you are deemed to have exhausted the Plan's internal appeals process and may immediately seek an independent external review or pursue legal action under Section 502(a) of ERISA. Please note this exception does not apply if the Plan's failure is de minimis; non-prejudicial; based on good cause or matters beyond the Plan's control; part of a good faith exchange of information between you and the Plan; and not reflective of a pattern or practice of plan non-compliance.

If you believe the Plan violated its own internal procedures, you may ask the Plan for a written explanation of the violation. The Plan will provide you with an answer within ten (10) days.

To use this exception, you must request external review or commence a legal action no later than 180 days after receipt of the initial adverse determination. If the court or external reviewer rejects your request for immediate review, the Plan will notify you (within 10 days) of your right to pursue internal appeal. The applicable time limit for you to now file your internal appeal will begin to run when you receive that notice from the Plan.

**Get answers
to all your
questions:
(866) 686-0003**



Food Service Plan

**UNITE HERE
HEALTH**

www.uhh.org
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

Visión

Cambios en sus beneficio de visión de \$200

Este cambio únicamente se aplica si usted está inscrito en el plan de visión Indemnity de 24 meses. Comuníquese con sus Coordinadores de asistencia si no está seguro de cuál es el plan de visión que usted tiene.

Si es menor de 19 años, el beneficio máximo de visión de \$200 no se aplicará a sus exámenes de visión y lentes para los anteojos. No obstante, el beneficio máximo de \$200 sí se aplicará a todos sus otros gastos de servicios de visión, incluyendo pero sin exclusividad, los aros, los lentes de contacto y las opciones de lentes para anteojos.

Si tiene 19 años o más, el beneficio máximo de \$200 para servicios de visión continúa aplicándose a todos sus servicios y suministros de visión.

El Plan cubrirá un examen de la vista cada 12 meses, y un juego de lentes para los anteojos cada 12 meses. Estos nuevos límites se aplican a todos, sin importar su edad.

Los beneficios de visión son pagaderos cada 24 meses, comenzando el primer día del mes en el cual usted recibe servicios de atención para la visión. Su período de beneficios de 12 meses para un examen de visión y un juego de anteojos comenzará el primer día de su período de beneficios de 24 meses.

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



Food Service Plan

UNITE HERE
HEALTH

(866) 686-0003

www.uhh.org

711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(866) 686-0003**



Food Service Plan

**UNITE HERE
HEALTH**

www.uhh.org
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

Medicamentos Recetados

Cambios hechos a los beneficios de farmacia

Vigente el 1 de abril de 2016:

Se han realizado algunos cambios en los beneficios de farmacia de Hospitality Rx.

- Una nueva norma le permite más acceso al reabastecimiento anticipado de medicamentos con receta. Además del reabastecimiento anticipado de medicamentos por viajar fuera de los Estados Unidos, ahora puede solicitar un reabastecimiento anticipado por pérdida o robo de una receta. Hospitality Rx deberá autorizar previamente todos los casos de reabastecimiento anticipado de recetas.
 - Si usted hace un reabastecimiento anticipado de una receta, es posible que tenga que pagar un recargo adicional al copago normal por un máximo de \$50 por medicamento. Este recargo por reabastecimiento anticipado de recetas no se aplica al primer reabastecimiento anticipado por viaje fuera de los Estados Unidos, ni al primer reabastecimiento anticipado por robo o pérdida de un medicamento.
 - Si a usted se le autoriza un reabastecimiento anticipado por pérdida o robo de un medicamento, es posible que deba participar en el programa de administración de casos de farmacia.
 - Recuerde, se le puede reabastecer anticipadamente una receta, pero únicamente por un período que no exceda su elegibilidad de beneficios.
- El Plan cubre la solución de control que se usa para hacer pruebas a los glucómetros.
- Se ha eliminado del Plan la exclusión de medicamentos para tratar la hepatitis C que no sean interferón, ribavirina, Harvoni y Solvadi. Usted y su proveedor de atención médica deben obtener autorización previa para medicamentos para el tratamiento de la hepatitis C. Hospitality RX trabajará con usted y su médico para que usted pueda obtener el medicamento contra la hepatitis C más conveniente y económico.
- El listado de medicamentos que su plan no cubre queda aclarado al agregar las siguientes exclusiones específicas. Éstas exclusiones no son nuevas. El hecho de que figuren en el listado le ayudará a dar seguimiento a lo que su Plan no cubre.

Medicamentos Recetados (continuación)

Su Plan no cubre:

- Medicamentos que deben ser supervisados bajo un programa de seguridad o de contención de costos (por ejemplo un medicamento que requiera autorización previa, un medicamento sujeto a un programa de terapia por etapas); si no se cumple con ese programa de seguridad o contención de costos o no se autoriza el medicamento.
- Alimentos médicos.
- Los fármacos, medicamentos o suministros que no son para una indicación aprobada por la FDA, que no están cubiertos por las pautas de procesamiento del Plan o reclamaciones de un designado del Plan, o que no tengan cobertura bajo ninguna otra norma interna, pauta, protocolo o criterio similar en los que se basa el Plan, incluyendo pero sin limitarse a, cualquier pauta nacional establecida por la comunidad médica y científica.

Vigente el 1 de enero de 2017:

- El sulfato ferroso de fuente única, la Vitamina D, la cianobalamina, la Vitamina K, el cloruro de potasio y bicarbonato, el fosfato, el acetato de calcio, la Niacina y el Galzin se han agregado a la lista de gastos cubiertos. (Es posible que el Fondo restrinja la cobertura solo para ciertas dosis de estas vitaminas).
- Todas las vitaminas, minerales y suplementos dietéticos quedan excluidos, a menos que estén específicamente cubiertos por el Plan. Esta exclusión cubre vitaminas de múltiples agentes, tales como FeRivaFA®, y multivitaminas tales como Centrum®.
- Esta exclusión significa que solo medicamentos de salud preventiva y sulfato ferroso de agente único, vitamina D, cianocobalamina, vitamina K, cloruro de potasio y bicarbonato, fosfato, acetato de calcio, Niacina y Galzin (zinc) quedarán cubiertos. (Al momento de la impresión de este SMM, los medicamentos de salud preventiva incluían vitaminas, tales como los suplementos de hierro y ácido fólico para determinadas personas. La lista de medicamentos para la atención preventiva puede cambiar de vez en cuando. Consulte www.healthcare.gov/preventive-care-benefits para informarse de lo más reciente acerca de la salud preventiva.)

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(866) 686-0003**



Food Service Plan

**UNITE HERE
HEALTH**

www.uhh.org

711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(866) 686-0003**



Food Service Plan

UNITE HERE
HEALTH

www.uhh.org
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

General

Cambio en las reglas para comprobar que una persona es su dependiente

Las reglas para comprobar que una persona es su dependiente han cambiado y entrarán en vigor el 1 de enero de 2017.

- Actualmente se proporcionan copias notarizadas de su declaración de impuestos más reciente como uno de los tipos de documentos de prueba de que alguien es su dependiente. No obstante, a partir del 1 de enero de 2017, no es necesario que las copias de sus declaraciones de impuestos vayan notarizadas para comprobar que alguien es su dependiente. Se acepta una copia de su declaración de impuestos más reciente.
- A partir del 1 de enero de 2017, los certificados de cobertura acreditable que muestran las fechas en que usted y sus dependientes tenían cobertura bajo otro plan, ya no se aceptarán como prueba de que alguien es su dependiente. Aún puede usar el certificado de cobertura acreditable para demostrar que usted o un dependiente tiene derecho a una inscripción especial.

A partir del 1 de enero de 2017, solo debe figurar uno de los nombres del progenitor (padre o madre) en los documentos que usted proporcione al Fondo para demostrar que un hijo(a) es su dependiente. No obstante si su nombre no es el nombre que aparece como nombre del padre (o madre) en el documento que sirve de prueba, usted deberá poder comprobar su relación con su hijo(a) (por ejemplo, que el progenitor del niño(a) señalado es su cónyuge). Por ejemplo, si el certificado de nacimiento de su hijo(a) menciona a su cónyuge como el progenitor del niño(a), usted también deberá proporcionar prueba de que está casado con su cónyuge como prueba de su relación con su hijo(a).

Comuníquese con sus Care Coordinators si necesita ayuda para inscribir a un dependiente.

Se agregó una exclusión al Plan general

Vigente el 1 de octubre de 2016

Se agregó la exclusión siguiente al Plan general: Un servicio o artículo que no tiene cobertura según las pautas de procesamiento de reclamaciones del Plan o bajo cualquier otra regla interna, pauta, protocolo o criterio similar en los que se basa el Plan.

General (continuación)

Correcciones hechas a su SPD

Usted tiene 180 días a partir de la fecha en que reciba la carta de denegación de el reclamo de un beneficio para presentar el primer nivel de apelación. En su SPD la fecha límite de apelación que aparecía era incorrecta.

Excepción a la apelación interna

En determinadas situaciones, si el Plan falla en seguir sus procedimientos de reclamo, se considera que usted ha agotado el proceso de apelación interno del Plan y puede inmediatamente buscar una revisión externa, independiente, o proceder a una acción legal bajo la Sección 502(a) de ERISA. Tome en cuenta que esta excepción no cuenta si la falla del Plan es de minimis; (por cuestiones menores), no perjudicial, basada en una causa justificada o en asuntos fuera del control del Plan; forma parte de un intercambio de información de buena fe entre usted y el Plan; y no refleja un patrón o práctica de no cumplimiento del plan.

Si usted piensa que el Plan violó sus propios procedimientos internos, puede pedir al Plan que le proporcione una explicación escrita de la violación. El plan le proporcionará respuesta en el transcurso de diez (10) días.

Para usar esta excepción, debe solicitar una revisión externa, o dar inicio a una acción legal en el transcurso de 180 después de recibida la determinación adversa inicial. Si un tribunal o un revisor externo rechaza su solicitud de revisión inmediata, el Plan le notificará (en el transcurso de 10 días) de su derecho de dar inicio a una apelación interna. El tiempo límite aplicable para que usted, ahora, presente su apelación interna, comenzará a correr cuando usted reciba dicha notificación de parte del Plan.

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(866) 686-0003**



Food Service Plan

**UNITE HERE
HEALTH**

www.uhh.org
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919