

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 (the 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.

Important Change to Your Vision Care Benefits

This change applies to you because your Collective Bargaining Agreement (CBA) requires your employer to make contributions on your behalf for the \$200 Vision Care Benefit payable every 12 months.

Effective April 1, 2014, your current Vision Care Benefit with a \$200 maximum benefit every 12 months is replaced with a benefit through Davis Vision. The following language replaces the information provided in the Vision Care Benefit section of your Summary Plan Description booklet (SPD).

Davis Vision

Benefits under this Vision Care Benefit are provided through a contract between UNITE HERE HEALTH and Davis Vision. If there is a discrepancy between any information provided by UNITE HERE HEALTH and the contract with Davis Vision, the terms of the Davis Vision contract will govern.

Contact Davis Vision to find a network vision provider, with questions about benefits, or to track a vision claim:

(800) 999-5431 • www.davisvision.com/members

Receiving Services From a Davis Vision Network Provider

If you use a Davis Vision network provider, there is no need for a claim form. Just make your appointment, and your provider will verify your eligibility and benefits and handle the rest.

Receiving Services From a Non-Network Provider

If you use a non-network provider, you will be responsible for paying the provider's charges at the time of service. You must then file a claim form with Davis Vision for reimbursement.

How Benefits Are Paid

Benefits are paid based on whether you use a Davis Vision network provider, or a non-network provider.

An Overview of Your New Vision Benefit

Covered once every 12 months	Davis Vision Network Provider	Non-Network Provider
Eye Exam	100%	100% up to \$30
Frames	100% for frames in Davis Vision's Fashion or Designer frame collection	100% up to \$175 for frames and lenses combined
	100% after a \$25 copay for frames in Davis' Premier frame collection	
	100% up to \$150 for frames not in any of the above collections (<i>a 15% discount will apply to these frames</i>)	
Lenses	100%	
Cosmetic Contacts <i>(in lieu of glasses)</i>	100% for contacts in Davis' Collection group, including planned replacement and disposable contacts	100% up to \$175
	100% up to \$120 for contacts not in the Collection group, including gas permeable contacts (<i>a 15% discount will apply</i>)	

If you have any questions, please call (855) 321-4373 for 176D and (800) 841-3380 for 176E.

www.uniteherehealth.org



Food Service Plan

Frames

If a Davis Vision Network Provider Is Used:

The Davis Frame Collection includes selected frames available to you through Davis network providers.

- If you choose a Fashion or Designer frame, the Plan will pay 100% of the cost. If you choose a Premier frame, the Plan will pay 100% of the cost after you make a \$25 copay.
- You can choose frames not in the Davis Frame Collection. The Plan will pay 100% up to \$150 for a frame not in the Davis Frame Collection. You get a 15% discount on any amount over \$150 for frames not in the Davis Frame Collection.

If a Non-Network Provider Is Used:

You can purchase any frame you would like. The Plan will only pay up to \$175 for the frames, lenses, and any upgrades or options combined.

Lenses

If a Davis Vision Network Provider Is Used:

The Plan will pay 100% for clear plastic lenses, including single vision, lined bifocal, trifocal, or lenticular lenses. You may choose to purchase lens upgrades and options. If you use a Davis Vision network provider, you will have to pay any applicable copay, and the Plan will pay the rest of the cost.

If a Non-Network Provider Is Used:

You can purchase any lenses you would like. The Plan will only pay up to \$175 for the frames, lenses, and any upgrades or options combined.

Contacts

If a Davis Vision Network Provider Is Used:

Collection contacts are planned replacement and disposable contacts, including torics (for astigmatism) and multifocal contacts. The Plan will cover up to 4 boxes or multi-packs every 12 months for disposable contacts, and up to 2 boxes or multi-packs every 12 months for planned replacement contacts.

The Plan will pay up to \$120 for contacts not in the Davis Vision Collection. Gas permeable contacts are not in the Davis Vision Collection. You will get a 15% discount on these contacts.

The Plan will pay 100% for medically necessary contacts, if pre-authorized by Davis Vision. Contact Davis Vision for more information about medically necessary contacts.

If a Non-Network Provider is Used:

You can purchase any contacts you would like. The Plan will only pay up to \$175 for contacts purchased through a non-network provider.

Low Vision Services

If a Davis Vision network provider believes you require additional treatment for visual impairment even after correction by regular lenses (low vision), low vision services will be available either from a Davis Vision network provider or through a non-network provider. All low vision treatments, services, or supplies must receive prior approval from Davis Vision.

The Plan pays 100% for most low vision services and supplies. Maximum benefits and frequency limits apply, as determined in accordance with the agreement between UNITE HERE HEALTH and Davis Vision. Contact Davis Vision for more information about low vision services and supplies.

Upgrades and Options

You can also purchase upgrades and options for your eyewear through a Davis Vision network provider. You will pay the copay shown on the chart to the right for the following upgrades or options, and the Plan will pay the rest.

An Overview of Your Upgrades/Options	
Upgrade/Option through a Davis Network Provider	Your Cost
Progressive Multifocal Lenses	
Standard	\$50
Premium	\$90
Ultra	\$140
Plastic Photosensitive Lenses	\$65
Scratch Protection	
Single vision	\$20
Multifocal	\$40
Anti-Reflective Coating	
Standard	\$35
Premium	\$48
Ultra	\$60
High Index Lenses	\$55
Polarized Lenses	\$75
Polycarbonate Lenses	
For persons under age 17	\$0
For persons age 17 and older	\$30
Ultraviolet Coating	\$12

What's Not Covered

Regardless of whether you use a Davis Vision network provider or a non-network provider, you must also pay any expenses the Plan does not cover, or amounts in excess of any maximum benefit.

In addition to the Plan's *General Exclusions and Limitations* section in your SPD, no Vision Care Benefits will be provided for:

- Non-prescription lenses;
- Two pairs of spectacle lenses instead of bifocals;
- Frames/lenses in addition to contact lenses during the same benefit period;
- Replacement of lost, stolen or broken lenses;
- Any lens designs/upgrades not specifically listed above; and
- Low vision services or supplies that are not pre-authorized, or that are in excess of the maximum benefits or frequency limits specified in the Davis Vision contract.

Non-Network Claim Filing

If you choose a non-network provider, you must pay the provider for all charges and then file a claim with Davis Vision at:

Vision Care Processing Unit
P.O. Box 1525, Latham, NY 12110

You can request claim forms online at www.davisvision.com or call Davis Vision toll free at (800) 999-5431. Claims for non-network vision care must be filed no later than 18 months after the date of service.

Davis Vision will notify you of its decision within a medically reasonable period of time, but no later than 30 days after its receipt of the claim. Davis Vision reserves the right to extend this 30-day period once, for up to an additional 15 days, if it determines that the extension is necessary due to matters beyond its control and notifies you prior to the expiration of the initial 30-day period of the circumstances requiring the extension of the time and date by which it expects to render a decision. If this extension is necessary because you failed to submit the information necessary to enable the applicable entity to decide the claim, you will be allowed 60 days from the receipt of that notice to provide the necessary information. The information needed will be specified in the notice of extension.

Appealing Vision Benefit Denials

If your claim for Vision Benefits is denied in whole or in part, you may file an appeal. The rules applicable to filing Vision Benefit appeals are described in the *General Claim Provisions* section of your SPD, under the section titled *Appealing the Denial of a Claim*.





Take a
LOOK!
Your New
Vision Plan
Covers More!

¡Déle un
VISTAZO!
¡Su nuevo plan
de visión
cubre más!

Your New Network Is **Davis Vision** • Su nueva red es **Davis Vision**

On April 1, 2014, your current vision benefit is changing to Davis Vision. When you use a Davis Vision Network Provider, there is:

- **No charge for eye exams**
- **No charge for most frames and contacts**
- **No need for a claim form...**
just make your appointment

A partir del 1 de abril de 2014, sus beneficios actuales de cuidados de la visión cambiarán a Davis Vision. Cuando usted utilice un proveedor de la red Davis Vision, no tendrá:

- **Cargos por exámenes de la vista**
- **Cargos por la mayoría de los marcos y lentes de contacto**
- **Necesidad de usar un formulario de reclamos...sólo tendrá que programar su cita**

This change applies to you because your Collective Bargaining Agreement (CBA) requires your employer to make contributions on your behalf for a Vision Care Benefit. You are not eligible for Vision Care Benefits if you are not enrolled in Medical Benefits. If you are not enrolled in Medical Benefits, your next chance to enroll is during the Open Enrollment period in October 2014.

Se aplican estas modificaciones porque su Convenio Colectivo de Trabajo (CBA) exige a su empleador que haga contribuciones en su nombre para beneficios de cuidados de la visión. Usted no es elegible para recibir estos beneficios si no está inscrito en los beneficios médicos. Si usted no está inscrito en los beneficios médicos, su próxima oportunidad para inscribirse es durante el periodo de inscripción abierta en octubre de 2014.

Contact Davis Vision to find a network provider near you

Para encontrar un proveedor cerca de usted Comuníquese con Davis Vision

(800) 999-5431 | www.davisvision.com/members

UNITE HERE
HEALTH



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.

Importante cambio en los beneficios de cuidados de la visión

Se aplican estas modificaciones porque su Convenio Colectivo de Trabajo (CBA) exige a su empleador que haga contribuciones en su nombre por el beneficio de cuidados de la visión de \$200 pagaderos cada 12 meses.

A partir del 1 de abril de 2014, su actual Beneficio de cuidados de la visión con un beneficio máximo de \$200 cada 12 meses se reemplazará por un beneficio prestado a través de Davis Vision. El siguiente texto reemplaza la información que figura en la sección Beneficio de cuidados de la visión de su Descripción Resumida del Plan (SPD).

Davis Vision

Los beneficios que se proporcionan bajo el Beneficio de cuidados de la visión se prestan en virtud de un contrato entre UNITE HERE HEALTH y Davis Vision. Si existe alguna discrepancia entre cualquier información proporcionada por UNITE HERE HEALTH y el contrato de Davis Vision, prevalecerán los términos del contrato de Davis Vision.

Comuníquese con Davis Vision para encontrar un proveedor de cuidados de la visión de la red, si tiene alguna pregunta en relación con los beneficios o para realizar el seguimiento de un reclamo por servicios de visión: (800) 999-5431 • www.davisvision.com/members

Servicios prestados por un proveedor de la red Davis Vision

Si usted recibe servicios de un proveedor de la red Davis Vision, no es necesario que presente un formulario de reclamo. Sólo debe programar una cita; su proveedor verificará su elegibilidad y beneficios y se hará cargo de cumplir con los requisitos.

Servicios prestados por un proveedor que no pertenece a la red

Si usted recibe servicios de un proveedor que no pertenece a la red, será responsable de pagar los cargos del proveedor en el momento en que reciba los servicios. Luego, deberá presentar un formulario de reclamo a Davis Vision para gestionar el reembolso.

Cómo se pagan los beneficios

Los beneficios se pagan dependiendo de si usted utiliza los servicios de proveedores de la red o de proveedores que no pertenecen a la red Davis Vision.

Un Resumen de sus Nuevos Beneficios de Cuidados de la Visión		
Los Sigüientes Servicios y Suministros se Cubren Una Vez Cada 12 Meses	Proveedor de la Red Davis Vision	Proveedores que no Pertenecen a la Red
Examen de la Visión	100%	100% hasta \$30
Marcos	100% por marcos de Fashion de Davis Vision o de la colección de marcos de diseño	100% hasta \$175 por marcos y lentes combinadas
	100% después de un copago de \$25 para marcos de la colección Premier de Davis	
	100% hasta \$150 por marcos que no estén dentro de ninguna de las categorías mencionadas anteriormente (se aplicará un 15% de descuento sobre estos marcos)	
Lentes	100%	
Lentes de Contacto de Uso Cosmético (en lugar de anteojos)	100% por lentes de contacto dentro de la Colección de Davis, incluyendo reemplazo planificado y lentes de contacto descartables	100% hasta \$175
	100% hasta \$120 por lentes de contacto que no estén en la Colección, incluyendo lentes de contacto permeables al gas (se aplicará un 15% de descuento)	

Si tiene preguntas, llamando al (855) 321-4373 para 176D y (800) 841-3380 para 176E.

www.uniteherehealth.org



Marcos

Si se utilizan los servicios de un proveedor de la red Davis Vision:

La colección de marcos de Davis incluye marcos seleccionados disponibles para usted a través de los proveedores de la red Davis.

- Si usted elige un marco de Fashion o de la colección de marcos de diseño, el Plan pagará 100% del costo. Si usted elige un marco de la colección Premier, el Plan pagará 100% del costo después de un copago de \$25.
- Usted puede elegir marcos que no estén dentro de la colección de marcos de Davis. El Plan pagará 100% hasta \$150 por marcos que no estén dentro de la colección de marcos de Davis. Obtiene un 15% de descuento sobre cualquier monto superior a los \$150 por marcos que no estén dentro de la colección de Davis.

Si se utilizan los servicios de un proveedor que no pertenece a la red Davis Vision:

Usted puede comprar el marco que desee. El Plan sólo pagará hasta \$175 por marcos, lentes y cualquier tratamiento o opciones combinadas.

Lentes

Si se utilizan los servicios de un proveedor de la red Davis Vision:

El Plan pagará 100% por lentes de plástico transparentes, incluyendo lentes monovisión, lentes bifocales, trifocales o lenticulares con línea divisoria. Usted puede optar por comprar tratamientos de lentes y opciones. Si utiliza un proveedor de la red Davis Vision, deberá pagar cualquier copago aplicable y el Plan pagará el costo restante.

Si se utilizan los servicios de un proveedor que no pertenece a la red Davis Vision:

Usted puede comprar cualquier lente que desee. El Plan sólo pagará hasta \$175 por marcos, lentes y cualquier tratamiento o opciones combinadas.

Lentes de contacto

Si se utilizan los servicios de un proveedor de la red Davis Vision:

Las lentes de contacto de la colección incluyen reemplazo planificado y lentes de contacto descartables, incluyendo lentes de contacto tóricas (para el astigmatismo) y lentes de contacto multifocales. El Plan cubrirá hasta 4 cajas o paquetes múltiples cada 12 meses de lentes de contacto descartables, y hasta 2 cajas o paquetes múltiples cada 12 meses de lentes de contacto de reemplazo planificado.

El Plan pagará hasta \$120 por lentes de contacto que no estén dentro de la colección Davis Vision. Las lentes de contacto permeables al gas no están dentro de la colección Davis Vision. Obtendrá un 15% de descuento sobre estas lentes.

El Plan pagará 100% por lentes de contacto médicamente necesarias, si Davis Vision las autoriza previamente. Comuníquese con Davis Vision para recibir más información sobre lentes de contacto médicamente necesarias.

Si se utilizan los servicios de un proveedor que no pertenece a la red Davis Vision:

Usted puede comprar las lentes de contacto que desee. El Plan pagará sólo hasta \$175 por lentes de contacto adquiridas a través de un proveedor que no pertenece a la red.

Servicios de baja visión

Si un proveedor de la red Davis Vision considera que usted requiere tratamiento adicional por discapacidad visual incluso después de la corrección con lentes regulares (baja visión), los servicios de baja visión estarán disponibles a través de un proveedor de la red Davis Vision o a través de un proveedor que no pertenezca a la red. Todos los tratamientos, servicios o suministros de baja visión deben ser autorizados previamente por Davis Vision.

El Plan paga 100% por la mayoría de los servicios y suministros de baja visión. Se aplican los beneficios máximos y los límites de frecuencia, según lo determinado de acuerdo con el contrato entre UNITE HERE HEALTH y Davis Vision. Comuníquese con Davis Vision para recibir más información sobre servicios y suministros de baja visión.

Tratamientos y opciones

Usted también puede comprar tratamientos y opciones para sus lentes a través de un proveedor de la red Davis Vision. Le corresponderá pagar el copago que figura a continuación por los siguientes tratamientos y opciones y el Plan pagará el resto.

Un Resumen de sus Tratamientos y Opciones	
Tratamiento/Opción a Través de un Proveedor de la Red Davis	Lo que Usted Paga
Lentes Multifocales Progresivos	
Estándar	\$50
Premium	\$90
Ultra	\$140
Lentes Fotosensibles de Plástico	\$65
Protección de Rayaduras	
Monovisión	\$20
Multifocal	\$40
Protección Antirreflejo	
Estándar	\$35
Premium	\$48
Ultra	\$60
Lentes de Alto Índice	\$55
Lentes Polarizadas	\$75
Lentes de Policarbonato	
Para menores de 17 años	\$0
Desde los 17 años en adelante	\$30
Protección Ultravioleta	\$12

Lo que el Plan no cubre

Independientemente de si usted utiliza los servicios de un proveedor de la red Davis Vision o de un proveedor que no pertenece a la red, usted también debe pagar cualquier gasto que el Plan no cubra o los cargos que superen cualquier beneficio máximo.

Además de lo que se incluye en la sección *Exclusiones y limitaciones generales* de su Descripción Resumida del Plan, no se brindarán beneficios de cuidado de la visión por:

- Lentes no recetadas;
- Dos pares de anteojos en lugar de bifocales;
- Marcos/lentes además de lentes de contacto durante el mismo período de beneficios;
- Reemplazo de lentes perdidos, robados o rotos;
- Cualquier diseño o tratamiento de lentes que no se mencione específicamente más arriba; y
- Servicios o suministros de baja visión que no estén autorizados previamente o que excedan el beneficio máximo o los límites de frecuencia especificados en el contrato de Davis Vision.

Presentación de reclamos por servicios recibidos fuera de la red

Si usted opta por recibir servicios de un proveedor fuera de la red, debe pagarle al proveedor todos los cargos y luego presentar un reclamo a Davis Vision a:

Vision Care Processing Unit
P.O. Box 1525, Latham, NY 12110

Puede solicitar formularios de reclamos en el sitio www.davisvision.com o llamando a Davis Vision en forma gratuita al (800) 999-5431. Los reclamos por servicios de la visión recibidos fuera de la red se deben presentar dentro de los 18 meses siguientes a la fecha en que se prestó el servicio.

Davis Vision le notificará su decisión dentro de un período de tiempo médicamente razonable, pero dentro de los 30 días de recibido el reclamo. Davis Vision se reserva el derecho de extender este período de 30 días por única vez por un período adicional de 15 días si determina que dicha extensión es necesaria por causas ajenas a su control y le notifica antes de que finalice el período inicial de 30 días cuáles son las circunstancias que justifican la extensión del plazo y la fecha para la cual emitirá una decisión. Si la extensión del plazo resulta necesaria porque usted no presentó la información necesaria para que la entidad aplicable pueda decidir sobre el reclamo, usted tendrá un período de 60 días desde la recepción de dicha notificación para presentar la información necesaria. Se especificará la información que se necesita en la notificación de extensión.

Apelación de la denegación de beneficios de la visión

Si se deniega su reclamo de beneficios de la visión, ya sea en forma total o parcial, usted podrá presentar una apelación. Las normas aplicables para presentar una apelación de beneficios de la visión se describen en la sección *Disposiciones generales de reclamos* de su SPD, en la sección titulada *Apelación de la denegación de un reclamo*.

UNITE HERE
HEALTH



www.uniteherehealth.org