



GENERAL

Your mental health/substance abuse network and more is changing effective April 1, 2024

Look inside for details about your:

- New mental health and substance abuse network
- Employee Assistance Program (EAP), including alternative care benefits
- Dental benefit changes

What's changing effective April 1, 2024?

- Tufts Health Plan (Tufts) replaces Modern Assistance Programs, Inc. (MAP) as your mental health and substance abuse network provider so that your network for medical and mental health and substance abuse care will now be the same. Now, when you see "medical benefits," that includes mental health and substance abuse benefits, too. Tufts will provide prior authorization, case management, and claims administration for mental health and substance abuse care. The rules shown in your SPD for medical claims also apply to mental health and substance abuse claims.

MEDICAL

- Prior Authorization Program 2
- Medical Benefits 6

EMPLOYEE ASSISTANCE PROGRAM (EAP)

- Employee Assistance Program (EAP) 20

DENTAL

- Dental Benefits 23



(844) 267-4325 • uhh.org

P.O. Box 6020, Aurora, IL 60598-0020



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.



GENERAL *(continued)*

- MAP will administer an EAP benefit that includes short-term counseling and certain alternative care services with no cost-sharing.
- The adoption assistance benefit is no longer available.
- Your dental benefits are updated:
 - Less cost-sharing for Delta Dental Premier dentists.
 - Different cost-sharing for certain minor restorative services, endodontics, periodontics, oral surgery, and prosthodontic maintenance.
 - More flexible frequency limits for dental exams, cleanings, x-rays, and fluoride treatment.
- This SMM completely replaces certain sections of your SPD.

How is my SPD affected?

The following information replaces these sections of your SPD effective April 1, 2024:

- “Prior authorization program”
- “Medical benefits”
- “Mental health/substance abuse and alternative care benefits”
- “Dental benefits”

MEDICAL

Prior authorization program

The prior authorization program is designed to help make sure you and your dependents get the right care in the right setting. It helps make sure you don't get unnecessary medical care and helps you manage complex or long-term medical conditions. The prior authorization program includes mandatory prior authorization of certain types of care to help you make decisions about your healthcare.

Get answers to all your questions: (844) 267-4325 • uhh.org



MEDICAL *(continued)*

| To get prior authorization for | Call Tufts at |
|--|-----------------------|
| Medical care | (800) 462-0224 |
| Mental health and substance abuse care | (800) 208-9565 |

The prior authorization program is not medical advice. You are still responsible for making any decisions about medical matters. UNITE HERE HEALTH, your health fund (“the Fund”), is not responsible for any consequences resulting from decisions you or your provider make based on the prior authorization program or the Plan’s determination of the benefits it will pay.

Get prior authorization for certain medical services and supplies

Prior authorization is required before you get any of the types of care listed below. When you use your Tufts PCP or your PCP refers you to a Tufts specialist, your provider is required to get the prior authorization for you. You will not be penalized if your network provider does not follow the prior authorization program.

- ✓ Prior authorization does not guarantee eligibility for benefits.
The payment of Plan benefits is subject to all Plan rules, including but not limited to eligibility, cost-sharing, and exclusions.

When to call for prior authorization

- ✓ The prior authorization list may change from time to time.
Contact Tufts at the numbers above for the most up-to-date information.

You or your healthcare provider should get prior authorization before any of the following:

- Ambulance services (except in emergencies).
- Day surgery and outpatient surgery in a provider’s office.
- Diagnostic or preventive screening, imaging, and testing (including but not limited to ambulatory EKG testing, human leukocyte antigen (HLA) testing, MRA/MRI/CT/CTA/PET tests, nuclear cardiology, sleep studies, and diagnostic audiology testing).
- Durable medical equipment.
- Extended care.
- Foot orthotics.

Get answers to all your questions: (844) 267-4325 • uhh.org

 MEDICAL *(continued)*

- Gender reassignment surgical services and certain hormone therapy.
- Home healthcare.
- Hospice care.
- Hospital inpatient care, except for inpatient mental health and substance abuse stays. (You don't have to call before your inpatient mental health or substance abuse admission, but Tufts needs to know about your stay within 48 hours after it starts so your care can be reviewed and coordinated.)
- Injectable, infusion, or inhaled medications and oral medications for cancer.
- Certain laboratory tests.
- Low protein foods, non-prescription enteral formulas, and special medical formulas.
- Medical supplies.
- Certain mental health and substance abuse services, including:
 - Autism spectrum disorders habilitative or rehabilitative care.
 - In-home behavioral and therapy services.
 - Intensive care coordination services. You or your provider must notify Tufts within 3 days of your initial visit by calling **(800) 208-9565**.
 - Partial hospitalization. You or your provider must notify Tufts after your first day of partial hospitalization treatment so your care can be reviewed and coordinated.
 - Psychological testing and neuropsychological assessment services whether performed in an inpatient or outpatient setting.
 - Transcranial magnetic stimulation.
- Non-routine vision care services.
- Oral health services.
- Physical and occupational therapy.
- Prosthetic devices.
- Radiation therapy.
- Reconstructive surgery and procedures.
- Specialty care that is not available from a network provider, including for mental health and substance abuse services.

Get answers to all your questions: **(844) 267-4325 • uhh.org**



MEDICAL *(continued)*

- Transplant services.
- Treatment of speech, hearing, and language disorders.

If you are admitted as an inpatient after receiving emergency care (an emergency admission) or for mental health or substance treatment, you must call your PCP or Tufts within 48 hours after receiving emergency care or starting inpatient mental health/substance abuse treatment. No prior authorization is required for emergency medical treatment, including observation or admissions following an emergency visit, or for mental health or substance abuse inpatient admissions.

If you are hospitalized because you are having a baby, you do not need to call Tufts for prior authorization unless your stay will be longer than 48 hours following a vaginal childbirth, or 96 hours following a Cesarean section. This protection under the Newborns' and Mothers' Health Protection Act (NMHPA) also means your benefits are not restricted during the 48-hour period (or 96-hour period, as applicable). However, NMHPA doesn't prohibit your (or your newborn's) attending provider from discharging you or your newborn earlier than 48 hours (or 96 hours, as applicable), after consulting with you first.

See "*Rules for prior authorization of benefits*" on page H-6 for information about when Tufts must respond to your request for prior authorization and information about how to appeal a prior authorization denial.

Care management program

Tufts may recommend care management if you or a dependent have a severe injury or illness. Care management encourages the use of the most appropriate and cost-effective treatment and supports your treatment and progress. You may be considered for care management if you have a high-risk pregnancy, a serious heart or lung condition, cancer, certain neurological diseases, serious immune system disease, severe traumatic injury, major depressive disorder, bipolar disorder, schizophrenia, substance abuse disorders, or other serious condition or injury as determined by Tufts. If Tufts determines you may benefit from care management, Tufts will reach out to you.

In certain cases, Tufts may recommend individual case management for you or a dependent. Individual case management is designed to arrange for the most appropriate type, level, and setting of healthcare services and supplies for the patient. Under certain circumstances, Tufts may also authorize coverage for alternative services and supplies that are not otherwise considered a covered expense. Tufts will monitor the appropriateness of alternative services and supplies. If the alternative services or supplies cease to be the most appropriate, Tufts will modify or terminate the alternative services. If Tufts determines you may benefit from individual case management, Tufts will reach out to you.



MEDICAL *(continued)*

Medical benefits

UNITE HERE HEALTH has contracted with Tufts to administer medical benefits for you and your dependents. Tufts administers your benefits according to the contract between Tufts and UNITE HERE HEALTH. If there is a conflict between any information provided by UNITE HERE HEALTH and the terms of the contract, the contract governs. You can obtain a copy of the contract by contacting UNITE HERE HEALTH.

The following table replaces the Medical Benefits in the “Summary of benefits” section of your SPD.

| Medical Benefits — What You Pay | | Network Provider | Non-Network Provider | | |
|---|--|---|-----------------------------|--|--|
| Calendar Year Deductibles | | | | | |
| Calendar Year Deductibles | | | | | |
| | | None | | | |
| Office Visits | | | | | |
| Preventive healthcare | | | | | |
| Primary care provider (PCP) office visit | | | | | |
| Specialist office visit <i>(other than shown below)</i> | | | | | |
| Office visit for mental health and substance abuse disorders | \$0 | | Not covered | | |
| Chiropractic care — <i>Limited to 20 visits per person each calendar year</i> | | | | | |
| Allergy testing, treatment, and injections | | | | | |
| Urgent and Emergency Treatment | | | | | |
| Urgent care visit | \$0 | \$0 <i>only covered outside the Tufts service area</i> | | | |
| Emergency room services | \$100 copayment per visit <i>waived if admitted as an inpatient, in observation (as defined by Tufts), or for day surgery</i> | | | | |
| Professional ambulance services | \$0 | | | | |
| Outpatient Services | | | | | |
| Laboratory tests | | | | | |
| Diagnostic imaging | \$0 | Not covered | | | |
| Day surgery | | | | | |

Get answers to all your questions: (844) 267-4325 • uhh.org



MEDICAL *(continued)*

| Medical Benefits <i>(Continued)</i> — What You Pay | Network Provider | Non-Network Provider |
|---|--|---|
| Outpatient Services <i>(Continued)</i> | | |
| Physical, speech, and occupational therapy | | |
| Chemotherapy and radiation therapy | \$0 | Not covered |
| Respiratory, pulmonary, and cardiac rehabilitation therapy | | |
| Hemodialysis | | |
| Partial hospitalization, intensive outpatient, and ambulatory detoxification treatment | | |
| Inpatient Treatment | | |
| Inpatient treatment, including for mental health and substance abuse (including residential treatment) | \$0 | \$0 <i>ONLY emergency treatment is covered</i> |
| Extended care | \$0 | Not covered |
| Other Services and Supplies | | |
| Diabetes education | | |
| Nutritional counseling — <i>up to 1 evaluation and 12 visits per person each calendar year. Certain services are not subject to the visit limit. See "What's covered" below for more details.</i> | | |
| Home healthcare | | |
| Hospice care | | |
| Durable medical equipment | | |
| Scalp hair prostheses or wigs — <i>up to \$350 per person each calendar year</i> | \$0 | Not covered |
| Foot orthotics | | |
| Autism spectrum disorder diagnosis and treatment (including but not limited to applied behavioral analysis) | | |
| Hearing aids — <i>up to one per ear per prescription change</i> | | |
| Special medical formulas and low protein foods | | |
| Travel and lodging benefits | Plan pays up to \$5,000 per person each calendar year. Contact Tufts for more details. | |

Get answers to all your questions: (844) 267-4325 • uhh.org

 MEDICAL *(continued)***Out-of-Pocket Limit (Network Expenses Only)**

Out-of-Pocket Limit — *The most you pay out-of-pocket for deductibles, copays, and coinsurance for certain covered network medical and prescription drug expenses in a calendar year*

\$6,350 per person &
\$12,700 per family

Network providers

Generally, the Plan only pays benefits for services and supplies when you use Tufts EPO Select network providers and the care is provided by or referred by your primary care provider. There are only a few exceptions, such as for emergency care and certain other care (see below for exceptions).

To find network providers or to get a copy of your medical ID card, contact Tufts.

| To find a provider for | Call Tufts at |
|--|-----------------------|
| Medical care | (800) 462-0224 |
| Mental health and substance abuse care | (800) 208-9565 |
| <p>www.tuftshealthplan.com/local26 <i>(Make sure you look for a provider in the Tufts EPO Select network)</i></p> | |

If you live outside the Tufts EPO Select service area

If you (the employee) live outside the Tufts EPO Select network area (as determined by UNITE HERE HEALTH), certain network and PCP referral rules do not apply to you. The service area generally includes the following Massachusetts counties and may include counties in other states (for example in New Hampshire and Rhode Island): Barnstable, Bristol, Essex, Franklin, Hampshire, Hampden, Middlesex, Norfolk, Plymouth, Suffolk, and Worcester. The Tufts service area may change from time to time. Contact Tufts with any questions about the Tufts service area.

Get answers to all your questions: (844) 267-4325 • uhh.org

***The UHH Member Portal
mobile app gives you 24/7
access to your benefits!***

Scan the QR code or search “UHH Member Portal” in your app store.



IPHONE



ANDROID



MEDICAL *(continued)*

| | | If you (the employee) live INSIDE the Tufts service area | If you (the employee) live OUTSIDE the Tufts service area |
|--------------|------------|---|--|
| Your network | EPO Select | For care inside MA, NH, or RI: Tufts PPO For care outside MA, NH, or RI: Cigna PPO | Not required |
| Referrals | Required | | |

You can find a network provider by calling the number listed on your Tufts member ID card or by going to mytuftshealthplan.com or mytuftshealthplan.com/CignaPPO.

Your benefits and the types of services and supplies the Plan covers are the same, regardless of where you live. The prior authorization rules (see “*Prior authorization program*” above) still apply. You should make sure you or your provider call Tufts before receiving any of the types of services or supplies listed. If you get treatment, services, or supplies that are not approved, not covered, or are not medically necessary, you pay 100% of your care.

When a non-network provider may be considered a network provider

In the special circumstances listed below, the Plan will pay for non-network services at the network cost share and the network cost-sharing will apply towards your out-of-pocket limit.

In some cases, you may have to pay the difference between the allowable charge and the provider’s actual charge (called balance billing). In other cases, the provider cannot balance bill you. The below list will state whether the provider can balance bill you.

A non-network provider may be considered a network provider when:

- *Emergency medical treatment*

You get emergency medical treatment from a non-network provider. The non-network provider cannot balance bill you for your emergency medical treatment. (See your August 2022 SMM for the definition of “emergency medical treatment.”)

- *You use a network hospital or network ambulatory surgical center*

You get services and supplies from non-network providers in connection with a visit to a network hospital (including the outpatient department) or a network ambulatory surgical center. The non-network provider cannot balance bill you. However, this does not apply if you give informed consent to your healthcare professional agreeing to give up your protections from balance billing (you do not have to give consent if you don’t want to).



MEDICAL *(continued)*

- *Ambulance services*

You use a non-network ambulance service (ground, air, water). Non-network air ambulance providers cannot balance bill you. Non-network ground and water ambulance providers can balance bill you.

- *The provider directory is wrong*

You rely on the Plan's provider directory, or the Fund or Tufts tells you a provider is in the network when the provider really is not in your network. Contact Tufts if you think this rule applies to your claim. The provider may balance bill you. Make sure you always ask if the provider is in your network.

- *Your provider leaves the network*

You are getting a course of treatment with a provider who leaves the network and you are a "continuing care patient" as defined by federal law because:

- ▶ You are pregnant and getting care for your pregnancy.
- ▶ You are getting treatment for a serious and complex condition requiring specialized medical care.
- ▶ You are getting inpatient care.
- ▶ You have scheduled a non-elective surgery (including post-operative care).
- ▶ You are terminally ill (expected to live for 6 months or less).

The Fund may continue to pay network benefits for covered services you get from that provider for up to 90 days (or until your continuing care ends, if earlier). In this case, the non-network provider cannot balance bill you.

If your provider leaves the network, you will get a notice. If you think you qualify as a continuing care patient, and you want to continue treatment with your provider, you should call Tufts at **(800) 462-0224**. You should call Tufts as soon as possible, but no later than 90 days after receiving the notice.

If your request for continuity of care is denied, you will receive a denial letter and appeal rights. Appeals for denied continuity of care applications are treated as pre-service claim appeals.

You may be able to continue to see your PCP in certain other limited circumstances. Contact Tufts for more information.

- *Urgent care*

When you travel outside of the Tufts EPO Select service area (or, if you live outside the Tufts service area, when you travel outside of Massachusetts, New Hampshire, and Rhode Island). The provider may balance bill you.



MEDICAL *(continued)*

- *There is no network provider in the required specialty*

The network does not have a provider in the required specialty, as long as you get a referral from your PCP and prior authorization in advance of getting the care. The provider may balance bill you.

If you feel your claim was not paid correctly under these rules, you may submit an appeal. See the section of your SPD titled “*Claim filing and appeal provisions*” for information about appealing claims, including your right to external review.

Your primary care provider (PCP)

- ✓ You must have a PCP before non-emergency benefits are payable.

To select a PCP, call Tufts at **(800) 462-0224**.

- ✓ Get referrals from your PCP before you get specialty care.

Plan benefits are generally only provided when your PCP coordinates your care or refers you to a specialist. You have the right to choose any PCP who participates in the Tufts EPO Select network and who is available to accept you or your family members. You can all have the same PCP, or you can each choose different PCPs. You may choose a pediatrician as your child’s PCP.

You need a referral from your PCP to see a specialist or get certain healthcare services. Your PCP must also approve any visits to another provider your specialist refers you to. You must get a referral or approval before getting care, otherwise no benefits are payable, and you will be responsible for the cost. If you need inpatient mental health or substance abuse services and can’t reach your PCP by phone right away because it is after hours, you can call Tufts at **(800) 208-9565**.

However, you don’t need a referral from your PCP for any of the following services you get from a network provider:

- Emergency care, including from a non-network provider. If you are admitted as an inpatient, you (or someone acting for you) must call your PCP or Tufts within 48 hours after receiving care.
- Mental health and substance abuse services. (Certain services may require prior authorization.) You must call your PCP or Tufts within 48 hours after being admitted as an inpatient or receiving intensive care coordination services.
- Urgent care outside the Tufts service area, including from a non-network provider. However, you must contact your PCP for any follow-up care.



MEDICAL *(continued)*

- Urgent care you get inside the Tufts service area when you use a network free-standing urgent care center, network limited services medical clinic, or network mobile urgent care unit. Limited services medical clinics are walk-in clinics, usually based in retail stores, like a CVS Minute Clinic. (Urgent care in a provider's office or hospital-based outpatient walk-in clinic does require a referral from your PCP.)
- The following care provided by a network provider who is an obstetrician, gynecologist, certified nurse midwife, family practitioner, or any other licensed provider offering these services within the scope of their license:
 - Maternity care.
 - Medically necessary evaluations and related healthcare services for acute or emergency gynecological conditions.
 - Routine annual gynecological exam, including any follow-up obstetric or gynecological care determined to be medically necessary as a result of that exam.
- Mammograms at the following intervals: one baseline at 35-39 years of age; one every year at age 40 and older; or as otherwise medically necessary.
- Chiropractic care.
- Pregnancy terminations.
- Dental surgery, orthodontic treatment and management, or preventive and restorative dentistry when provided for the treatment of cleft lip or cleft palate for children under age 18.
- Oral surgery
- Medical treatment from an optometry provider.

If you are newly eligible, or if your PCP leaves the Tufts network, you may be able to continue seeing your PCP for a limited time under certain circumstances. Contact Tufts for more information.

You may change your PCP at any time, unless you're an inpatient or a patient in a partial hospitalization program. Make sure you ask the PCP if he or she is taking new patients. Changes won't take effect until you report your choice to a Tufts member specialist, and Tufts approves the change.

If you live outside the Tufts service area (as described in the "*Network providers*" section above), you should pick a PCP, but you don't need a referral from a PCP in order to see a specialist. However, your PCP can help you find a specialist and make sure you get the right follow-up care. The Fund strongly recommends you select a PCP to help coordinate your care.



MEDICAL *(continued)*

What you pay

You must pay your cost-share (such as copays) for your share of covered expenses. You must also pay any expenses that are not considered covered expenses (see “*What’s not covered*” below for more information), including any amounts over the allowable charge (see your SPD for the definition of an allowable charge) when you use non-network providers, any amounts not paid for failing to get referrals, or charges once a maximum benefit or limitation has been met.

You must identify yourself as a Tufts member when you see a network provider. If you don’t identify yourself as a Tufts member, you may have to pay the full cost of your care.

See “*Summary of benefits*” above for a summary of your cost-sharing.

Copays

The Plan typically pays 100% of covered expenses. However, you pay a \$100 copay for emergency room care. The copay will be waived if you are immediately admitted to the hospital as an inpatient, in observation (as defined by Tufts), or undergo day surgery. You may be responsible for the \$100 emergency room copay if you register in an emergency room but leave the facility without receiving care.

See the Definitions Section in your SPD for more information about what a copay is.

Out-of-pocket limit for network expenses

Your out-of-pocket cost-sharing for most covered network medical and prescription drug expenses is limited to \$6,350 per person (\$12,700 per family) each calendar year. Once your out-of-pocket costs for covered expenses meet these limits, the Plan will usually pay 100% for your (or your family’s) network medical and prescription drug covered expenses during the rest of that calendar year. Amounts you pay out-of-pocket for prescription drug expenses under the section of your SPD titled “Prescription drug benefits” count toward this out-of-pocket limit, too.

See the Definitions Section in your SPD for more information about what an out-of-pocket limit is.

What’s covered

The Plan will only pay benefits for injuries or sicknesses that are not related to your job. Benefits are determined based on allowable charges for covered services resulting from medically necessary care and treatment provided or authorized in advance by your network PCP (see exceptions under “*Your primary care provider (PCP)*”).

Get answers to all your questions: (844) 267-4325 • uhh.org



MEDICAL *(continued)*

- **Preventive healthcare services** (*see page I-6 in your SPD*), as required by federal law. Certain limits or rules may apply to when and how you get preventive healthcare based on your gender, age, and health status.
- **Hospital charges** for:
 - Room and board, up to the semi-private room rate unless a private room is medically necessary, and other inpatient services actually administered by the hospital.
 - Outpatient services actually administered by the hospital.
- **Office visits** to diagnose and treat illness or injury, including evaluations, consultations, and psychiatric collaborative care services.
- **Outpatient surgery** in an office.
- Treatment of **mental health and substance abuse disorders**, including inpatient and residential treatment, outpatient care, partial hospitalization, intensive outpatient care, ambulatory detoxification, and medication assisted treatment, including methadone maintenance or treatment. Tufts may refer to some of these services as behavioral health services. You don't need a referral from your PCP, but certain services may require prior authorization or notification. Contact Tufts for more information.
- Diagnosis and treatment of **autism spectrum disorders**, including applied behavioral analysis (ABA) therapy. *You must get prior authorization before the Plan pays benefits for rehabilitative care, including ABA therapy.*
- **Chiropractic care**, up to 20 visits per person each calendar year.
- **Physical and occupational therapy**, provided:
 - Rehabilitative therapy services are needed to restore function lost or impaired as the result of an accidental injury or sickness. Your condition must show significant improvement within 60 days from the start of services as a direct result of the therapy.
 - Habilitative services are needed to keep, learn, or improve skills and functioning for daily living that you never learned or had because of a disabling condition.
- Short-term **cognitive rehabilitation and retraining programs** when provided to restore function lost or impaired as the result of an accidental injury or sickness. You must be anticipated to make measurable improvement within a reasonable and predictable period of time.
- **Respiratory therapy and pulmonary rehabilitation** services.
- Diagnosis and treatment of **speech, hearing, and language disorders**.

Get answers to all your questions: (844) 267-4325 • uhh.org



MEDICAL *(continued)*

- Outpatient **cardiac rehabilitation** services for treatment of cardiovascular disease that begins within 26 weeks after you've been diagnosed with cardiovascular disease. The maintenance phase of cardiac rehab is not covered.
- **Early intervention services** provided to a dependent child from birth to the child's third birthday.
- **Allergy testing and treatment**, including antigens and allergy injections.
- **Foot orthotics** or fittings if you have severe diabetic foot disease.
- **Home healthcare** services, if you are homebound (as determined by Tufts).
- Outpatient **hemodialysis**, including home hemodialysis and home peritoneal dialysis.
- **Chemotherapy and radiation therapy**.
- **Injectable, infused, or inhaled medications**, including but not limited to total parenteral nutrition therapy, chemotherapy, and antibiotics, that are one of the following:
 - Required for and are an essential part of an office visit to diagnose or treat an illness or injury.
 - Received at home with drug administration services by a home infusion provider.
- **Day surgery** and related charges for anesthesia, provided you are expected to be discharged the same day.
- **Medical supplies**, including ostomy, tracheostomy, and catheter supplies.
- **Special medical formulas, nonprescription enteral formulas, and low protein foods**, when prescribed by a doctor, but only for the following:
 - Low protein foods when given to treat inherited disease of amino acids and organic acids.
 - Nonprescription enteral formula for home use for treatment of certain medical conditions.
 - Medically necessary infant formula for milk or soy protein intolerance, formula for premature infants, and supplemental formulas for growth failure.
 - Other special medical formulas for the treatment of certain diseases.
- Outpatient **diagnostic imaging, x-rays, and laboratory services**.
- Transportation by a **professional ambulance service**, including ground, water, or air ambulance transportation for emergency care, and non-emergency ambulance transportation when your medical condition prevents safe transportation by any other means, or for transfer between facilities. If you are treated by EMTs or other ambulance staff, but you refuse to go to the hospital or other medical facility, you will be responsible for the cost of the treatment provided by the EMTs or other ambulance staff.

Get answers to all your questions: (844) 267-4325 • uhh.org



MEDICAL *(continued)*

- **Maternity charges**, including prenatal and postnatal care provided in a healthcare professional's office, and hospital and delivery services.
- **Extended care services** in a facility for skilled nursing, rehabilitation, or chronic disease services.
- Patient care services provided as part of a qualified **clinical trial** for the treatment of cancer or other life-threatening condition, to the same extent that such services would be covered if the care were not received as part of a clinical trial.
- **Bone marrow transplants** for metastatic breast cancer.
- **Hematopoietic stem cell transplants and human solid organ transplants** provided at a Tufts designated transplant facility. Donor expenses and donor search expenses are covered only if they aren't covered by any other plan. No benefits are payable if you are the stem cell or organ donor.
- **Human leukocyte antigen testing** or histocompatibility locus antigen testing for use in bone marrow transplantation.
- **Hospice services** and supplies for a person whose life expectancy is 6 months or less. Bereavement counseling services for family of the terminally ill person will be covered for up to 1 year following such person's death.
- **Mastectomies**, including all stages of surgery to rebuild the removed breast (reconstruction), surgery and reconstruction of the other breast so breasts look even, breast implants and prostheses, and treatment of physical health problems from a mastectomy, including swollen lymph glands (lymphedema).
- **Breast, arm, and leg prosthetic devices**.
- Medically necessary charges for **treatment of cleft lip and cleft palate** for children under age 18, and associated services for management and follow-up care.
- **Non-routine vision services**, including one pair of eyeglass lenses and standard frames following cataract surgery or other surgery to replace the natural lens of the eye.
- **Facility charges for dental procedures** covered under the Plan's dental benefit when an institutional setting is required to safely administer the care, including for treatment if you are suffering from medical or behavioral conditions, such as autism or Alzheimer's, that severely limit your ability to cooperate with the necessary care.
- Outpatient **diabetes self-management training** and educational services, provided by a certified diabetes healthcare professional.

Get answers to all your questions: (844) 267-4325 • uhh.org



MEDICAL *(continued)*

- **Nutrition counseling**, up to 1 evaluation and up to 12 visits per person each calendar year. Nutritional counseling visits that are considered preventive healthcare, are provided as part of home health care or diabetes self-management training, or are for the treatment of a mental health or substance abuse diagnoses do not count toward, and are not subject to, the limit of 12 visits per person each calendar year.
- **Scalp hair prostheses or wigs**, up to \$350 per person each calendar year.
- **Durable medical equipment** (DME), for example, power/motorized wheelchairs, breast pumps, cranial helmets, blood glucose monitors, gradient stockings (up to 3 pairs every 365 days), hearing aids (up to one per ear per prescription change), insulin pumps, custom-made oral appliances for the treatment of sleep apnea, oxygen concentrators, prosthetic devices other than limb or breast prostheses (see separate covered expense for those prosthetics), and other similar medical equipment or devices. In order to be considered a covered expense, the DME must be purchased or rented from a contracted provider. Tufts must determine that the DME is the most appropriate available amount, supply, or level of service, and whether to rent or purchase DME.
- **Gender reassignment surgery** for individuals with a diagnosis of gender dysphoria and related charges (for example, laboratory work, x-rays, office visits, etc.). The Plan will cover surgical procedures, including medically necessary corrective surgeries, to change your gender once (for example, if the Plan covers procedures changing your gender from male to female, the Plan will not pay to change your gender back to male). You must be at least 18 years of age and obtain prior authorization for surgical services.
- Reimbursement for reasonable **travel, lodging, and meal costs** if you do not have access to certain covered services in the state in which you live, and if you must travel more than 100 miles to get these services. Reimbursement is limited to a maximum of \$5,000 per person each calendar year. Additional limits and rules may apply. Contact Tufts at **(800) 462-0224** to get more information.

What's not covered

The following list will generally not apply to emergency medical treatment. However, the Fund will still not cover any treatment that would otherwise be excluded, regardless of the circumstances (for example, the Fund does not cover any treatment that is not medically necessary).

See page E-2 in your SPD for a list of the Plan's general exclusions and limitations. In addition to that list, the Plan will not pay benefits for, or in connection with, the following medical treatments, services, and supplies:

- Unless specified as covered, non-network care.
- Unless specified as covered, treatment, services, or supplies not approved, referred, or managed by your PCP.



MEDICAL *(continued)*

- Treatment, services, or supplies that are not essential to treat an injury, illness, or pregnancy, except for preventive healthcare services.
- A service, supply, or medication if there is a less intensive level of service, supply, or medication, or a more cost-effective alternative which can be safely and effectively provided, or if the service, supply, or medication can be safely and effectively provided in a less intensive setting.
- Services, supplies, or medications primarily for your, or another person's, personal comfort or convenience.
- Custodial care.
- Unless specified as covered, drugs, medicines, materials, or supplies for use outside the hospital or other facility.
- Treatment, services, or supplies required by a third party which are not otherwise medically necessary.
- Facility charges or related services if the procedure performed is not a covered expense, except as specifically stated as covered for dental procedures.
- Cosmetic surgery, procedures, supplies, medications, or appliances, unless that surgery is for one of the following:
 - The relief of pain, or to restore bodily function impaired as a result of a congenital defect, birth abnormality, traumatic injury, or a covered surgical procedure.
 - Services related to mastectomies, as described under "*What's covered*."
 - Removal of a breast implant, but only if there is evidence of an infection or auto-immune disease, you got the implant after a mastectomy, or your silicone implant has ruptured.
- Costs associated with home births, or costs associated with a doula.
- Infertility services, other than for diagnostic services.
- Treatments, medications, procedures, services, or supplies related to the reversal of gender reassignment surgery or reversal of voluntary sterilization.
- All non-conventional medicine services and all related testing, services, supplies, procedures, and supplements associated with this type of medicine, even if these services are provided along with conventional medicine. However, these services may be covered under the EAP benefits.
- Services (including tuition-based programs) that offer educational, vocational, recreational, or personal development activities, including, but not limited to, therapeutic schools, camps, wilderness or ranch programs, sports or performance enhancement programs, spas or resorts, leadership or behavioral coaching, or Outward Bound. Medically necessary mental health and substance abuse services provided by licensed network providers while you are in a tuition-based program, subject to Plan rules, are covered.

Get answers to all your questions: (844) 267-4325 • uhh.org



MEDICAL *(continued)*

- Devices and procedures intended to reduce snoring.
- Private duty nursing care.
- Unless you are diagnosed with diabetes, routine foot care, treatment of flat feet or partial dislocation of feet, or orthopedic shoes and related items that are not part of a brace. Certain therapeutic/molded shoes and shoe inserts may be covered if you have severe diabetic foot disease. Call Tufts for more information.
- Examinations, evaluations, or services for educational purposes, other than as specifically covered.
- Vocational rehabilitation or retraining services.
- Services to treat learning disabilities, behavioral problems, and services to treat speech, hearing and language disorders in a school-based setting.
- Equipment that is non-medical in nature or used primarily for non-medical purposes, even if such equipment has limited use as medical equipment.
- Treatment provided by an EMT or other ambulance staff if you refuse to be transported to the hospital or other medical facility.
- Care for conditions that state or local law requires to be treated in a public facility.
- Laboratory tests ordered by you or a dependent, even if provided by a licensed laboratory.
- Fees charged by a healthcare professional as a condition of access, or any amenities that fee is represented to cover.
- Treatment, care, or services related to teeth or dental care and surgical removal of teeth, unless specifically covered under the contract with Tufts. However, these services may be covered under the dental benefits.
- TMJ disorder-related therapies, including TMJ appliances, occlusal adjustment, or other TMJ appliance-related therapies, unless specifically covered under the contract with Tufts.
- Circumcisions performed in any setting other than a hospital, as day surgery, or in a healthcare professional's office.
- Purchase of an electric hospital-grade breast pump or donor breast milk.
- Acupuncture. However, these services may be covered under the EAP benefits.
- Oral contraceptives or over-the-counter contraceptives. However, these services may be covered under the prescription drug benefits.
- Weight loss programs and clinics, except for services considered preventive healthcare services.
- Service or therapy animals and related supplies.

 MEDICAL *(continued)*

- Services related to non-covered services.
- Psychoanalysis, hypnotherapy, and with respect to child-adolescent behavioral health intermediate care and outpatient services, the following programs:
 - Programs in which the patient has a pre-defined duration of care without Tufts' ability to conduct concurrent determinations of continued medical necessity for an individual;
 - Programs that only provide meetings or activities that are not based on individualized treatment planning; and
 - Programs that focus solely on improvement in interpersonal or other skills rather than services directed toward symptom reduction and functional recovery related to a specific mental health or substance abuse disorder.
- Biofeedback training, except for urinary incontinence, and neuromuscular stimulators and related supplies.
- Unless stated as covered, transportation or lodging.
- Any treatment, services, or supplies that Tufts deems to be excluded from benefits, based on the contract between UNITE HERE HEALTH and Tufts Health Plan.



EMPLOYEE ASSISTANCE PROGRAM (EAP)

Employee Assistance Program (EAP)

UNITE HERE HEALTH has contracted with Modern Assistance Programs, Inc. (MAP) to administer the EAP benefit for you and your dependents.

The following table also replaces the Modern Assistance Programs, Inc. (MAP) benefits in the “Summary of benefits” section of your SPD.

Get answers to all your questions: (844) 267-4325 • uhh.org



EMPLOYEE ASSISTANCE PROGRAM *(continued)*

Employee Assistance Program (EAP)

Counseling services with MAP

| | |
|-----------------------|--|
| Short-term counseling | 8 sessions per issue per person each calendar year |
|-----------------------|--|

Alternative care services with MAP network providers

| | |
|--|---|
| Acupuncture | 20 visits per person each calendar year |
| Traditional Chinese medicine office visit, including herbal remedies provided during the visit | 12 visits per person each calendar year |
| Naturopathic office visits | |
| Massage therapy | |

The EAP provides help with personal and workplace problems, along with alternative care services, at no cost to you. Counseling sessions with MAP counselors can be in person, by telephone, or virtual, and can address a wide range of concerns, including stress, work or family problems, relationship struggles, substance use, parenting challenges, and grief. MAP has a network of providers for alternative care services. You can visit a network provider, up to the limits shown above, without a referral or approval from MAP.

What's covered

- Problem assessment and limited, short-term counseling sessions (in-person, telephonic, or video), up to 8 sessions per issue per person each calendar year.
- Referral to community resources for housing, legal, and financial assistance.
- The following alternative care services:
 - Acupuncture, up to 20 visits per person each calendar year.
 - Traditional Chinese medicine, including herbal remedies provided during the visit, up to 12 visits per person each calendar year.

To get more information about the EAP, find alternative care providers, or to get help 24 hours a day, 7 days a week, contact:

Modern Assistance Programs, Inc. (MAP)

300 Congress St., Suite 104
Quincy, MA 02169

(617) 774-0331
(inside Massachusetts)

(800) 878-2004
(outside Massachusetts)

www.modernassistance.com

Get answers to all your questions: **(844) 267-4325 • uhh.org**



EMPLOYEE ASSISTANCE PROGRAM *(continued)*

- Naturopathic office visits, up to 12 visits per person each calendar year.
- Massage therapy, up to 12 visits per person each calendar year.
- Other services specified in the contract between the Fund and MAP.

What's not covered

- Counseling sessions not directly provided by MAP or provided after you meet the limit of 8 sessions per issue per person each calendar year. However, counseling services may be covered under the medical benefits.
- Alternative care services provided by non-network providers or provided after you meet the visit limits described above.
- Naturopathic laboratory exams and naturopathic supplements.
- Services not specified in the contract between the Fund and MAP.
- Services provided after your eligibility for coverage ends. (EAP benefits are included under COBRA continuation coverage.)

Claims

This information is added under the “Claim filing and appeal provisions” section of your SPD.

EAP Claims

The Fund pays MAP directly for counseling services. You do not need to file a claim. MAP’s network providers should file claims for alternative care services directly with MAP for you. However, if you need to file a claim, you should mail the claim to MAP within 18 months following the date the claim was incurred.

Modern Assistance Programs, Inc. (MAP)

300 Congress Street, Suite 104
Quincy, MA 02169

All appeals for denied EAP claims must be sent within 12 months of your receipt of the denial. See the “Claim filing and appeal provisions” section of your SPD for information about the second level of appeal, the timeframe for determination of claims and appeals, and information on filing a claim denied because you are not eligible. EAP claims are not eligible for external review.

Get answers to all your questions: (844) 267-4325 • uhh.org



Dental Benefits

UNITE HERE HEALTH has contracted with Delta Dental of Illinois (Delta Dental) to administer dental benefits for you and your dependents.

The following table also replaces the Dental PPO Benefits in the “Summary of benefits” section of your SPD.

| Dental PPO Benefits | Delta Dental PPO and Delta Dental Premier Providers | Non-Network Providers |
|--|---|-----------------------|
| Calendar Year Maximum Benefit for Dental (non-ortho) Treatment | \$2,000 per person | |
| Lifetime Maximum Benefit for Orthodontia Treatment | \$3,000 per person | |
| Calendar Year Deductible | None | |
| Description of Services | What You Pay for Your Covered Dental Care | |
| Diagnostic and Preventive Services (<i>Examples: oral exams, emergency palliative care, x-rays, routine cleaning, fluoride treatment, sealants, space maintainers</i>) | \$0 | 20% |
| Minor Restorative Services (<i>Example: fillings, stainless steel crowns</i>) | \$0 for fillings; 10% for all other services | 40% |
| Endodontic Services (<i>Example: root canals</i>) | 10% | |
| Periodontic Services (<i>Examples: scaling and root planing, full-mouth debridement, periodontal (gum) maintenance, certain surgical periodontal services</i>) | 10% | |
| Oral Surgery (<i>Examples: Extractions (simple and surgical), certain sedation procedures</i>) | 10% | |
| Prosthodontic Maintenance (<i>Example: Repairs to dentures and crowns</i>) | 10% | 60% |
| Prosthodontic Services (<i>Examples: complete or partial dentures, bridges, adjustments to dentures</i>) | 40% | |
| Major Restorative Services (<i>Examples: onlays, crowns</i>) | 40% | |
| Implants | 40% | |
| Orthodontic Services | 50% | 50% |

Get answers to all your questions: (844) 267-4325 • uhh.org



DENTAL *(continued)*

Network vs. non-network providers

The Plan pays benefits based on whether you get treatment from a network provider or a non-network provider.

- ✓ Your network is the Delta Dental PPO network.
- ✓ Delta Dental Premier dentists are not PPO network providers, but the Plan will pay the network benefits if you use a Delta Dental Premier dentist. Premier dentists' discounts are lower than PPO dentists, so you pay more using Premier dentists than PPO dentists. But unlike non-network dentists, Premier dentists will not balance bill you. (This means they won't bill you for the difference between Delta Dental's allowable charge and the dentist's actual charge.)

To find a network provider near you, contact:

**Delta Dental
of Illinois**
(800) 323-1743

www.deltadentalil.com

What you pay

You must pay your cost-share (coinsurance) for covered expenses. You must also pay any expenses that aren't covered, including any amounts over the allowable charge that non-network dentists are allowed to bill you.

Maximum benefits

Dental care maximum benefit for non-orthodontic care

The Plan pays up to \$2,000 per person each year for dental care (network and non-network combined). Once the Plan pays this maximum benefit, it won't pay for any more dental care for the rest of that year.

Delta Dental may allow you to carry over all or part of the unused portion of your annual maximum for non-orthodontic treatment, up to \$2,000. You must have been eligible for dental benefits for the entire calendar year, and have submitted at least one claim during the year that applied to your annual maximum benefit. Contact Delta Dental for more information about carrying over all or part of your maximum benefit.

Orthodontic care maximum benefit

The Plan pays up to a lifetime maximum of \$3,000 per person for orthodontic treatment (network and non-network combined). Once the Plan pays this maximum benefit, it won't pay for any more orthodontic treatment.

Get answers to all your questions: (844) 267-4325 • uhh.org



DENTAL *(continued)*

Alternate course of treatment

If there is a different type of treatment that would be at least as effective as your dental treatment, but costs less, the allowable charge will be based on the less expensive alternate type of treatment. This rule applies if the alternate type of dental treatment is both:

- Commonly used to treat your condition, as determined by UNITE HERE HEALTH or its representative.
- Recognized by most dentists to be appropriate based on current national dental practices.

What's covered

“Covered expenses” means all allowable charges made by a dentist for the types of services and supplies listed below. To be considered a covered expense, Delta Dental must determine that the service or supply was based on a valid dental need and performed according to accepted standards of dental practice.

There are limits on how often certain services and supplies are covered. If the amount of time shown below hasn't passed since the service or supply was last provided, you may have to pay 100% of the cost. You can always contact Delta Dental at **(800) 323-1743** to find out the last time you got benefits for a certain service or supply. A time limit starts on the date you last got the service or supply. Time limits are measured in consecutive months or years.

If you need a service or supply that isn't listed below, contact Delta Dental to find out if there are any applicable limits.

Diagnostic and preventive services

- Oral exams, including periodontal exams and problem-focused exams.
- Comprehensive dental examinations—1 every 60 months per dentist.
- Periodic oral exams—2 per year.
- X-rays:
 - ▶ Intra-oral periapical radiographs.
 - ▶ Bitewing x-rays—2 per year.
 - ▶ Full mouth x-rays (which include panoramic and vertical bitewing x-rays)—1 every 60 months.
- Diagnostic casts.
- Pulp vitality tests—1 per visit.



DENTAL *(continued)*

- Prophylaxes (cleaning)—2 per year.
 - ✓ If you have certain conditions, you may be eligible for additional cleanings each year. See the Enhanced benefits program below.
- Topical application of fluoride for children under age 19—2 per year.
 - ✓ If you have certain conditions, you may also be eligible for topical application of fluoride. See the Enhanced benefits program below.
- Space maintainers for children under age 14—1 per tooth per lifetime.
- Recementation of space maintainers for children under age 14—1 per tooth per lifetime.
- Sealants to the unrestored permanent molars of dependent children under age 16 and for children from age 16 up to age 19 who have had a recent cavity and are at risk for decay—1 per tooth every 4 years.
- Emergency palliative care (to temporarily relieve pain and discomfort)—3 every 12 months.
- Chlorhexidine mouth rinse when administered and dispensed in the dentist's office following scaling and root planing.
- Fluoride toothpaste when administered and dispensed in the dentist's office following periodontal surgery.

Minor restorative services

- Amalgam or resin-based composite fillings—1 per surface every 24 months.
- Sedative fillings—1 per tooth per lifetime.
- Recementation of inlays, onlays, partial coverage restorations, cast or prefabricated posts and cores, and crowns—1 per tooth every 12 months.
- Prefabricated stainless steel crowns on deciduous (primary) teeth only—1 per tooth every 24 months.

Endodontic services

- Pulpal therapy (resorbable filling) and root canal therapy—1 per tooth per lifetime.
- Apicoectomy—1 per tooth every 24 months.
- Retrograde filling—1 per filling per root.

Get answers to all your questions: (844) 267-4325 • uhh.org



DENTAL *(continued)*

Periodontic services

- Periodontal therapy, including treatment for diseases of the gums and bones supporting the teeth—1 per quadrant every 24 months.
- Gingivectomy or gingivoplasty; gingival flap procedures.
- Clinical crown lengthening (hard tissue).
- Osseous surgery (including flap entry and closure)—1 per quadrant every 36 months.
- Guided tissue regeneration.
- Bone replacement and soft tissue grafts.
- Periodontal scaling and root planing.
- Full mouth debridement—1 per lifetime.
- Periodontal maintenance—1 every 3 months, not to be combined with regular cleanings.
 - ✓ If you have certain conditions, you may be eligible for additional periodontal maintenance each year. See the Enhanced benefits program below.

Oral surgery

- Simple extractions.
- Surgical removal of erupted tooth requiring elevation of mucoperiosteal flap and removal of bone and/or section of tooth.
- Removal of impacted tooth (soft tissue, partially bony, completely bony).
- Tooth reimplantation/stabilization of an accidentally evulsed or displaced tooth and/or alveolus.
- Surgical access of an unerupted tooth.
- Biopsy of oral tissue; brush biopsy.
- Alveoloplasty.
- Surgical excision of soft tissue or intra-osseous lesions.
- Other covered surgical/repair procedures.
- Deep sedation/general anesthesia when necessary for covered surgical services.
- Intravenous conscious sedation/analgesia, up to one hour when provided in conjunction with oral surgery (other than simple extractions).

Get answers to all your questions: (844) 267-4325 • uhh.org



DENTAL *(continued)*

Prosthodontic maintenance

- Repairs to complete and partial dentures—1 every 12 months.
- Fixed partial denture (bridge) repair.
- Crown repair.
- Replacement of missing or broken teeth.
- Addition of tooth or clasp to existing partial dentures.
- Replacement of all teeth and acrylic on cast-metal framework.
- Temporary partial dentures to replace any of the 6 upper or lower front teeth, but only if installed immediately following the loss of teeth during the period of healing.
- Temporary partial dentures for the replacement of permanent teeth for children under age 16.
- Denture rebase—1 every 36 months.
- Denture relines—1 every 36 months.

Prosthodontic services

- Complete and partial dentures.
- Adjustments to complete and partial dentures—2 every 12 months.
- Pontics.
- Fixed partial denture retainers (inlays, onlays, crowns).
- Recement fixed partial denture—1 per lifetime.
- Cast or prefabricated post and core; core build-up.

Major restorative services

- Onlays (permanent teeth only).
- Crowns and ceramic restorations (permanent teeth only).
- Pin retention—1 per tooth.
- Cast or prefabricated posts and cores; core buildup.

Implants—once every 60 months for patients age 16 and older.

Orthodontic treatment

Get answers to all your questions: (844) 267-4325 • uhh.org



DENTAL *(continued)*

Enhanced benefits program

If you have certain health conditions, you may be able to get additional cleanings or fluoride treatments. Cost-sharing and maximum benefits still apply. Contact Delta Dental at **(800) 323-1743** to sign up if you have any of these conditions or are getting any of these treatments:

- Periodontal (gum) disease
- Diabetes
- Pregnancy
- High-risk cardiac conditions
- Kidney failure, or dialysis
- Cancer-related chemotherapy and/or radiation
- Suppressed immune system due to: HIV, organ transplants, and/or stem cell (bone marrow) transplants
- Special healthcare needs

What's not covered

The following types of treatments, services, and supplies aren't covered under the dental PPO benefits:

- Pulp vitality tests billed in conjunction with any service except for an emergency exam or palliative treatment.
- Recementation of space maintainers within 6 months of initial placement.
- Fillings, when crowns are allowed for the same teeth.
- Replacement of any existing cast restoration (crowns, onlays, ceramic restorations) with any type of cast restoration within 60 months following initial placement of existing restoration.
- Replacement of a stainless steel crown with any type of cast restoration by the same office within 24 months following initial placement.
- Cast restorations if radiographic evidence doesn't show decay or missing tooth structure, or restorations placed for any other purpose, including, but not limited to, cosmetics, abrasion, attrition, erosion, restoring or altering vertical dimension, congenital or developmental malformations of teeth, or the anticipation of future fractures.
- A crown build-up if there isn't radiographic evidence of sufficient vertical height (more than 3 millimeters above the crestal bone) on a tooth to support a cast restoration.

Get answers to all your questions: (844) 267-4325 • uhh.org



DENTAL *(continued)*

- Recementing of inlays, onlays, partial coverage restorations, cast and prefabricated posts and cores and crowns by the same office within 6 months of the initial placement.
- Additional procedures to construct a new crown under the existing partial denture framework within 6 months following initial placement.
- Sedative fillings requested or placed on the same date as a permanent filling.
- Retreatment of the same tooth within 2 years when a benefit has been issued for endodontic services.
- Endodontic procedures performed in conjunction with complete removable prosthodontic appliances.
- Surgical periodontic services not performed in association with natural teeth.
- Surgical periodontic services rendered in a surgical day care or hospital setting.
- Guided tissue regeneration billed in conjunction with implantology, ridge augmentation/sinus lift, extractions or periradicular surgery/apicoectomy.
- Crown lengthening or gingivoplasty, if not performed at least 4 weeks prior to crown preparation.
- Bone replacement grafts performed in conjunction with extractions or implants.
- Periodontal splinting to restore occlusion.
- Replacement of any existing prosthodontic appliance (cast restorations, fixed partial dentures, removable partial dentures, complete denture) with any prosthodontic appliance within 60 months following initial placement of the existing appliance.
- A fixed partial denture, when requested or placed in the same arch as a removable partial denture.
- Reline or rebase of an existing appliance within 6 months following initial placement.
- Fixed or removable prosthodontics for a patient under age 16.
- A pontic when the edentulous (toothless) space between teeth is less than 50% of the size of the missing tooth.
- When performed in conjunction with other oral surgery, mobilization of an erupted or malpositioned tooth to aid eruption or placement of a device to facilitate eruption of an impacted tooth.
- Services, supplies, or treatment provided more frequently than stated as covered, or more frequently than commonly accepted according to the dental standards determined by Delta Dental, or more frequently than specified in the contract with Delta Dental.

Get answers to all your questions: (844) 267-4325 • uhh.org



DENTAL *(continued)*

- Any treatment, services, or supplies as set forth in the Section of your SPD titled “General exclusions and limitations.”
- Services compensable under Workers’ Compensation or Employer’s Liability laws.
- Services provided or paid for by any governmental agency or under any governmental program or law, except as to charges which the person is legally obligated to pay. This exception extends to any benefits provided under the U.S. Social Security Act and its Amendments.
- Services performed to correct developmental malformation, including but not limited to, cleft palate, mandibular prognathism, enamel hypoplasia, fluorosis and congenitally missing teeth. This exclusion doesn’t apply to newborn infants.
- Services performed for purely cosmetic purposes, including but not limited to, tooth-colored veneers, bonding, porcelain restorations, and microabrasion.
- Charges for services completed prior to the date the patient became covered under this program.
- Services for anesthetists or anesthesiologists.
- Temporary procedures, other than certain temporary partial dentures.
- Any procedure requested or performed on a tooth when radiographs indicate that less than 40% of the root is supported by bone.
- Services performed on non-functional teeth (second or third molar without an opposing tooth).
- Services performed on deciduous (primary) teeth near exfoliation.
- Drugs or the administration of drugs, except for general anesthesia and intravenous conscious sedation.
- Procedures deemed experimental or investigational by the American Dental Association, for which there is no procedure code, or which are inconsistent with Current Dental Terminology coding and nomenclature.
- Services with respect to any disturbance of the temporomandibular joint (jaw joint).
- Procedures that Delta Dental considers to be included in the fees for other procedures.
- The completion of claim forms and submission of required information, not otherwise covered, for determination of benefits.
- Infection control procedures and fees associated with compliance with Occupational Safety and Health Administration (OSHA) requirements.

Get answers to all your questions: (844) 267-4325 • uhh.org



DENTAL *(continued)*

- Broken appointments.
- Services and supplies for any illness or injury occurring on or after you become covered under the Plan as a result of war or an act of war.
- Services and supplies received from either your or your spouse's relative, any individual who ordinarily resides in your home, or any such similar individual.
- Services for, or in connection with, an injury or illness arising out of the participation in, or in consequence of having participated in, a riot, insurrection or civil disturbance, or the commission of a felony.
- Charges for services for inpatient/outpatient hospitalization.
- Services or supplies for oral hygiene or plaque control programs.
- Services and supplies to correct harmful habits.
- Athletic mouthguards.

Predetermination of dental benefits

If your dentist recommends dental work that is estimated to cost \$250 or more, you can ask Delta Dental to help you determine how much the Plan will pay. This is a voluntary program, but contacting Delta Dental before you have complex or expensive dental work will help you and your dentist understand what the Plan will pay for your proposed care. By contacting Delta Dental in advance, you will have a better idea of what your share of the costs will be so you don't get surprise bills.

If you take advantage of this program, Delta Dental will review your dentist's records and provide you and your dentist with an estimate of what you must pay, and what the Plan will pay.

Predetermination of benefits doesn't guarantee what benefits the Plan will pay or that any benefits will be paid for dental treatment or services provided. As always, any treatment decisions are between you and your dentist. All Plan rules will apply to any dental claims you file.

Dental benefits after eligibility ends

If your coverage ends, Plan benefits will only be paid for allowable charges incurred for covered expenses before your coverage ends.

Get answers to all your questions: (844) 267-4325 • uhh.org



GENERAL

Su red de salud mental/abuso de sustancias y más cambiará a partir del 1 de abril de 2024

Mire el interior para obtener detalles sobre su:

- Nueva red de salud mental y abuso de sustancias
- Programa de asistencia al empleado (EAP), que incluye beneficios de cuidado alternativo
- Cambio de beneficios dentales

¿Qué cambiará a partir del 1 de abril de 2024?

- Tufts Health Plan (Tufts) reemplaza a Modern Assistance Programs, Inc. (MAP) como su proveedor de la red de salud mental y abuso de sustancias, de modo que su red de atención médica, de salud mental y abuso de sustancias ahora será la misma. Ahora, cuando ve “beneficios médicos”, eso también incluye beneficios de salud mental y abuso de sustancias. Tufts proporcionará autorización previa, gestión de casos y administración de reclamaciones para atención de salud mental y abuso de sustancias. Las reglas que se muestran en su SPD para reclamos médicos también se aplican a reclamos de salud mental y abuso de sustancias.

MÉDICA

- Programa de autorización previa 2
- Beneficios médicos 6

PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA EMPLEADOS (EAP)

- Programa de asistencia para empleados (EAP) 20

DENTAL

- Beneficios dentales 23



(844) 267-4325 • uhh.org

P.O. Box 6020, Aurora, IL 60598-0020



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 guárde la junto con su SPD, para futura referencia.
Excepto por lo descrito en el SMM, la información que contiene el SPD continúa vigente.*



GENERAL (*continuación*)

- MAP administrará un beneficio del EAP que incluye asesoramiento a corto plazo y ciertos servicios de atención alternativos sin costo compartido.
- El beneficio de asistencia para la adopción ya no está disponible.
- Se actualizan sus beneficios dentales:
 - Menos costos compartidos para los dentistas de Delta Dental Premier.
 - Diferentes costos compartidos para ciertos servicios de restauración menor, endodoncia, periodoncia, cirugía oral y mantenimiento de prótesis.
 - Límites de frecuencia más flexibles para exámenes dentales, limpiezas, radiografías y tratamientos con flúor.
- Este SMM reemplaza por completo ciertas secciones de su SPD.

¿Cómo se ve afectado mi SPD?

La siguiente información reemplaza estas secciones de su SPD a partir del 1 de abril de 2024:

- “Programa de autorización previa”
- “Beneficios médicos”
- “Beneficios de salud mental/abuso de sustancias y cuidados alternativos”
- “Beneficios dentales”



Programa de autorización previa

El programa de autorización previa está diseñado para ayudar a garantizar que usted y sus dependientes reciban la atención adecuada en el entorno adecuado. Esto ayuda a asegurar que no reciba atención médica innecesaria y lo ayuda a controlar condiciones médicas complejas o de largo plazo. El programa de autorización previa incluye la autorización previa obligatoria de ciertos tipos de atención para ayudarlo a tomar decisiones sobre su atención médica.

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (844) 267-4325 • uhh.org


MÉDICA (*continuación*)
Para obtener autorización previa para**Llame a Tufts al**

| | |
|--|----------------|
| Atención médica | (800) 462-0224 |
| Cuidados de salud mental y abuso de sustancias | (800) 208-9565 |

El programa de autorización previa no es un asesoramiento médico. Usted aún es responsable de tomar cualquier decisión sobre asuntos médicos. UNITE HERE HEALTH, su fondo de salud, (“el Fondo”) no es responsable de las consecuencias derivadas de las decisiones que usted o su proveedor tomen en función del programa de autorización previa o la determinación del Plan sobre los beneficios pagará.

Obtenga autorización previa para ciertos servicios médicos y suministros

Se requiere autorización previa antes de recibir cualquiera de los tipos de atención que se enumeran a continuación. Cuando utiliza su PCP de Tufts o su PCP lo deriva a un especialista de Tufts, su proveedor debe obtener la autorización previa para usted. No será penalizado si su proveedor de la red no sigue el programa de autorización previa.

- ✓ La autorización previa no garantiza la elegibilidad para los beneficios.
El pago de los beneficios del Plan está sujeto a todas las reglas del Plan, incluyendo, entre otros, la elegibilidad, costo compartido y exclusiones.

Cuándo debe llamar para obtener una autorización previa

- ✓ La lista de autorización previa puede cambiar de un momento a otro. Comuníquese con Tufts a los números anteriores para obtener la información más actualizada.

Usted o su proveedor de atención médica deben obtener autorización previa antes de cualquiera de los siguientes:

- Servicios de ambulancia (excepto en emergencias).
- Cirugía ambulatoria y cirugía ambulatoria en el consultorio de un proveedor.
- Detección, imágenes y pruebas diagnósticas o preventivas (incluidas, entre otras, pruebas de electrocardiograma ambulatorio, pruebas de antígeno leucocitario humano (HLA), pruebas de MRA/MRI/CT/CTA/PET, cardiología nuclear, estudios del sueño y pruebas de audiológica de diagnóstico).
- Equipo médico de uso a largo plazo
- Atención extendida.
- Ortesis para pies.

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (844) 267-4325 • uhh.org

 MÉDICA (*continuación*)

- Servicios quirúrgicos de reasignación de género y cierta terapia hormonal
- Atención a la salud en el hogar.
- Atención de hospicio
- Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados, excepto estancias hospitalarias por salud mental y abuso de sustancias. (No es necesario que llame antes de su admisión como paciente hospitalizado por problemas de salud mental o abuso de sustancias, pero Tufts necesita saber sobre su estadía dentro de las 48 horas posteriores a su inicio para que su atención pueda ser revisada y coordinada).
- Medicamentos inyectables, en infusión o inhalados y medicamentos orales para el cáncer.
- Ciertas pruebas de laboratorio.
- Alimentos bajos en proteínas, fórmulas enterales sin receta y fórmulas médicas especiales.
- Suministros médicos.
- Ciertos servicios de salud mental y abuso de sustancias, que incluyen:
 - Atención de habilitación o rehabilitación para trastornos del espectro autista.
 - Servicios de terapia y conducta a domicilio.
 - Servicios de coordinación de cuidados intensivos. Usted o su proveedor deben notificar a Tufts dentro de los 3 días posteriores a su visita inicial llamando al **(800) 208-9565**.
 - Hospitalización parcial. Usted o su proveedor deben notificar a Tufts después del primer día de tratamiento de hospitalización parcial para que se pueda revisar y coordinar su atención.
 - Servicios de pruebas psicológicas y evaluación neuropsicológica, ya sea que se realicen en un entorno hospitalario o ambulatorio.
 - Estimulación magnética transcraneal.
- Servicios de atención de la vista no rutinarios.
- Servicios de salud bucal.
- Fisioterapia y terapia ocupacional
- Dispositivos protésicos.
- Radioterapia
- Cirugía y procedimientos reconstructivos.
- Atención especializada que no está disponible por parte de un proveedor de la red, incluidos los servicios de salud mental y abuso de sustancias.

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (844) 267-4325 • uhh.org

 **MÉDICA** (*continuación*)

- Servicios de trasplante.
- Tratamiento de los trastornos del habla, la audición y el lenguaje.

Si es admitido como paciente hospitalizado después de recibir atención de emergencia (un ingreso de emergencia) o para un tratamiento de salud mental o de sustancias, debe llamar a su PCP o a Tufts dentro de las 48 horas posteriores a recibir atención de emergencia o comenzar un tratamiento de salud mental/abuso de sustancias para pacientes hospitalizados. No se requiere autorización previa para tratamientos médicos de emergencia, incluidas observaciones o admisiones después de una visita de emergencia, ni para admisiones de pacientes hospitalizados por salud mental o abuso de sustancias.

Si está hospitalizada porque no tiene que llamar a Tufts para autorización previa si su estadía será superior a 48 horas para un parto normal, o 96 horas para una cesárea. Esta protección bajo la Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y la Madres (NMHPA, por sus siglas en inglés) también significa que sus beneficios no están restringidos durante el período de 48 horas (o el período de 96 horas, según corresponda). Sin embargo, NMHPA no prohíbe que su proveedor de atención (o el de su recién nacido) le den de alta a usted o a su recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda), después de consultar con usted primero.

Consulte las “*Reglas para la autorización previa de beneficios*” en la página H-6 para obtener información sobre cuándo Tufts debe responder a su solicitud de autorización previa e información sobre cómo apelar una denegación de autorización previa.

Programa de Administración de Atención

Tufts puede recomendar la gestión de la atención si usted o un dependiente tiene una lesión o enfermedad grave. La Administración de la atención fomenta el uso del tratamiento más apropiado y rentable y respalda su tratamiento y progreso. Se le puede considerar para la administración de la atención si tiene un embarazo de alto riesgo, una afección cardíaca o pulmonar grave, cáncer, ciertas enfermedades neurológicas, una enfermedad grave del sistema inmunológico, una lesión traumática grave, un trastorno depresivo mayor, un trastorno bipolar, esquizofrenia, trastornos por abuso de sustancias, u otra condición o lesión grave según lo determine Tufts. Si Tufts determina que usted puede beneficiarse de la administración de la atención, Tufts se comunicará con usted.

En ciertos casos, Tufts puede recomendar la gestión de casos individuales para usted o un dependiente. La gestión de casos individuales está diseñada para organizar el tipo, nivel y entorno más apropiados de servicios y suministros de atención médica para el paciente. En determinadas circunstancias, Tufts también puede autorizar la cobertura de servicios y suministros alternativos que de otro modo no se consideran un gasto cubierto. Tufts supervisará la idoneidad de los servicios y suministros alternativos. Si los servicios o suministros alternativos dejan de ser los más adecuados, Tufts modificará o cancelará los servicios alternativos. Si Tufts determina que usted puede beneficiarse de la gestión de casos individuales, Tufts se comunicará con usted.


MÉDICA (*continuación*)

Beneficios médicos

UNITE HERE HEALTH tiene un contrato con Tufts para administrar los beneficios médicos para usted y sus dependientes. Tufts administra sus beneficios de acuerdo con el contrato entre Tufts y UNITE HERE HEALTH. Si existe un conflicto entre cualquier información proporcionada por UNITE HERE HEALTH y los términos del contrato, prevalece el contrato. Puede obtener una copia del contrato comunicándose con UNITE HERE HEALTH.

La siguiente tabla reemplaza los Beneficios Médicos en la sección “Resumen de beneficios” de su SPD.

| Beneficios médicos: lo que usted paga | Proveedor de la red | Proveedor fuera de la red |
|--|----------------------------|---|
| Deducibles por año calendario | | |
| Deducibles por año calendario | | Ninguno |
| Visitas a un consultorio | | |
| Atención médica preventiva | | |
| Visita al consultorio del proveedor de atención primaria (PCP) | | |
| Visita al consultorio de un especialista <i>(que no sea la que se muestra a continuación)</i> | | |
| Visita al consultorio para trastornos de salud mental y abuso de sustancias | \$0 | No tiene cobertura |
| Atención quiropráctica — <i>Límitado a 20 visitas por persona cada año calendario</i> | | |
| Pruebas, tratamiento e inyecciones de alergias. | | |
| Tratamiento de urgencia y emergencia | | |
| Visita de atención de urgencia | \$0 | \$0 <i>solo cubierto fuera del área de servicio de Tufts</i> |
| Servicios en sala de emergencia | | \$100 de copago por visita <i>exento si es admitido como paciente hospitalizado, en observación (según lo define Tufts) o para cirugía ambulatoria</i> |
| Servicios profesionales de ambulancia | | \$0 |
| Servicios ambulatorios | | |
| Pruebas de laboratorio | | |
| Diagnóstico por imagen | \$0 | No tiene cobertura |
| Cirugía ambulatoria | | |

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (844) 267-4325 • uhh.org



MÉDICA (continuación)

Beneficios médicos (continuación): lo que usted paga

| | Proveedor de la red | Proveedor fuera de la red |
|---|---|---|
| Servicios ambulatorios (continuación) | | |
| Terapia física, del habla y ocupacional | | |
| Quimioterapia y radioterapia | | |
| Terapia de rehabilitación respiratoria, pulmonar y cardíaca | \$0 | No tiene cobertura |
| Hemodiálisis | | |
| Hospitalización parcial, tratamiento ambulatorio intensivo y desintoxicación ambulatoria | | |
| Tratamiento hospitalario para pacientes internados | | |
| Tratamiento hospitalario, incluido el de salud mental y abuso de sustancias (incluido el tratamiento residencial) | \$0 | \$0 <i>SÓLO está cubierto el tratamiento de emergencia</i> |
| Cuidado extendido | \$0 | No tiene cobertura |
| Otros servicios y suministros | | |
| Educación sobre diabetes | | |
| Asesoramiento nutricional — <i>hasta 1 evaluación y 12 visitas por persona cada año calendario. Ciertos servicios no están sujetos al límite de visitas. Consulte "Qué está cubierto" a continuación para obtener más detalles.</i> | | |
| Atención a la salud en el hogar | | |
| Atención de hospicio | | |
| Equipo médico de uso a largo plazo | \$0 | No tiene cobertura |
| Prótesis capilares del cuero cabelludo pelucas — <i>hasta \$350 por persona cada año calendario</i> | | |
| Ortesis para pies | | |
| Diagnóstico y tratamiento de los trastornos del espectro autista (incluido, entre otros, el análisis conductual aplicado) | | |
| Aparatos auditivos — <i>hasta uno por oído por cambio de prescripción</i> | | |
| Fórmulas médicas especiales y alimentos bajos en proteínas | | |
| Beneficio para viajes y hospedaje | El plan paga hasta \$5,000 por persona cada año calendario. Comuníquese con Tufts para obtener más información. | |

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (844) 267-4325 • uhh.org


MÉDICA (*continuación*)

Límite de gastos de bolsillo (solo gastos de red)

Límite de gastos de bolsillo — *Lo máximo que usted paga de su bolsillo por deducibles, copagos y coseguros para ciertos gastos médicos y de medicamentos recetados cubiertos por la red en un año calendario.*

\$6,350 por persona &
\$12,700 por familia

Proveedores de la red

Generalmente, el Plan solo paga beneficios por servicios y suministros cuando usted utiliza proveedores de la red de Tufts EPO Select y la atención la proporciona o la deriva su proveedor de atención primaria. Sólo hay unas pocas excepciones, como atención de emergencia y otros tipos de atención (consulte las excepciones a continuación).

Para encontrar proveedores de la red u obtener una copia de su tarjeta de identificación médica, comuníquese con Tufts.

| Para encontrar un proveedor de | Llame a Tufts al |
|---|------------------|
| Atención médica | (800) 462-0224 |
| Cuidados de salud mental y abuso de sustancias | (800) 208-9565 |
| <u>www.tuftshealthplan.com/local26</u> <i>(Asegúrese de buscar un proveedor en la red Tufts EPO Select)</i> | |

Si vive fuera del área de servicio de Tufts EPO Select

Si usted (el empleado) vive fuera del área de la red de Tufts EPO Select (según lo determine UNITE HERE HEALTH), ciertas reglas de referencia de la red y del PCP no se aplican a usted. El área de servicio generalmente incluye los siguientes condados de Massachusetts y puede incluir condados de otros estados (por ejemplo, en New Hampshire y Rhode Island): Barnstable, Bristol, Essex, Franklin, Hampshire, Hampden, Middlesex, Norfolk, Plymouth, Suffolk, y Worcester. El área de servicio de Tufts puede cambiar de vez en cuando. Comuníquese con Tufts si tiene alguna pregunta sobre el área de servicio de Tufts.

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (844) 267-4325 • uhh.org

¡La aplicación móvil del Portal para Miembros de UHH le brinda acceso a sus beneficios las 24 horas del día, los 7 días de la semana!

Escanee el código QR o busque "UHH Member Portal" en su tienda de aplicaciones.



IPHONE



ANDROID


MÉDICA (*continuación*)

| | Si usted (el empleado) vive DENTRO del área de servicio de Tufts | Si usted (el empleado) vive FUERA del área de servicio de Tufts |
|-------------|---|---|
| Su red | EPO Select | <i>Para atención dentro de MA, NH o RI: Tufts PPO</i> <i>Para atención fuera de MA, NH o RI: Cigna PPO</i> |
| Referencias | Requerida | No requerida |

Puede encontrar un proveedor de la red llamando al número que figura en su tarjeta de identificación de miembro de Tufts o visitando mytuftshealthplan.com o mytuftshealthplan.com/CignaPPO.

Sus beneficios y los tipos de servicios y suministros que cubre el Plan son los mismos, independientemente de dónde viva. Las reglas de autorización previa (consulte “*Programa de autorización previa*” más arriba) aún se aplican. Debe asegurarse de que usted o su proveedor llamen a Tufts antes de recibir cualquiera de los tipos de servicios o suministros enumerados. Si recibe tratamiento, servicios o suministros que no han sido aprobados, no están cubiertos o que no son médicaamente necesarios, usted pagará el 100 % de su atención.

Cuándo un proveedor fuera de la red puede considerarse un proveedor de la red

En las circunstancias especiales que se enumeran a continuación, el Plan pagará los servicios fuera de la red al costo compartido de la red, y el costo compartido de la red se aplicará a su límite de gastos de bolsillo.

En algunos casos, es posible que deba pagar la diferencia entre el cargo permitido y el cargo real del proveedor (llamado facturación de saldo). En otros casos, el proveedor no puede facturarle el saldo. La siguiente lista indicará si el proveedor puede facturarle el saldo.

Un proveedor fuera de la red puede ser considerado un proveedor de la red cuando:

- *Tratamiento médico de emergencia*

Recibe tratamiento médico de emergencia de un proveedor fuera de la red. El proveedor fuera de la red no puede facturarle el saldo de su tratamiento médico de emergencia. (Consulte su SMM de agosto de 2022 para conocer la definición de “tratamiento médico de emergencia.”)

- *Usted utiliza un hospital de la red o un centro quirúrgico ambulatorio de la red*

Obtiene servicios y suministros de proveedores fuera de la red en relación con una visita a un hospital de la red (incluyendo el departamento de pacientes ambulatorios) o un centro de cirugía ambulatoria de la red. El proveedor fuera de la red no puede facturarle el saldo. Sin embargo, esto no se aplica si da su consentimiento informado a su profesional de atención médica aceptando renunciar a sus protecciones de la facturación del saldo (no es necesario que dé su consentimiento si no lo desea).

 **MÉDICA** (*continuación*)

- *Servicios de ambulancia*

Usted utiliza un servicio de ambulancia fuera de la red (terrestre, aéreo, acuático). Los proveedores de ambulancia aérea fuera de la red no pueden facturarle el saldo. Los proveedores de ambulancias terrestres y acuáticas fuera de la red pueden facturarle el saldo.

- *El directorio de proveedores está mal*

Usted confía en el directorio de proveedores del Plan, o el Fondo o Tufts le informan que un proveedor está en la red cuando el proveedor realmente no está en su red. Comuníquese con Tufts si cree que esta regla se aplica a su reclamo. El proveedor puede facturarle el saldo. Asegúrese de preguntar siempre si el proveedor está en su red.

- *Su proveedor deja la red*

Está recibiendo un tratamiento con un proveedor que abandona la red y es un “paciente de atención continua” según lo define la ley federal porque:

- Está embarazada y recibe atención por su embarazo.
- Está recibiendo tratamiento por una condición grave y compleja que requiere atención médica especializada.
- Está recibiendo atención hospitalaria.
- Ha programado una cirugía no electiva (incluida atención postoperatoria).
- Tiene una enfermedad terminal (se espera que viva 6 meses o menos).

El Fondo puede continuar pagando los beneficios de la red por los servicios cubiertos que recibe de ese proveedor hasta por 90 días (o hasta que finalice su atención continua, si es antes). En este caso, el proveedor fuera de la red no puede facturarle el saldo.

Si su proveedor deja la red, recibirá un aviso. Si cree que califica como paciente de atención continua y desea continuar el tratamiento con su proveedor, debe llamar a Tufts al **(800) 462-0224**. Debe llamar a Tufts lo antes posible, pero a más tardar 90 días después de recibir el aviso.

Si se rechaza su solicitud de continuidad de la atención, recibirá una carta de rechazo y derechos de apelación. Las apelaciones por solicitudes de continuidad de atención denegadas se tratan como apelaciones de reclamos previas al servicio.

Es posible que pueda continuar viendo a su PCP en otras circunstancias limitadas. Comuníquese con Tufts para obtener más información.

- *Atención de urgencias*

Cuando viaja fuera del área de servicio de Tufts EPO Select (o, si vive fuera del área de servicio de Tufts, cuando viaja fuera de Massachusetts, New Hampshire y Rhode Island). El proveedor puede facturarle el saldo.



MÉDICA (continuación)

- *No hay proveedor de la red en la especialidad requerida*

La red no tiene un proveedor en la especialidad requerida siempre que obtenga una remisión de su PCP y una autorización previa antes de recibir la atención. El proveedor puede facturarle el saldo.

Si cree que su reclamo no se pagó correctamente según estas reglas, puede presentar una apelación. Consulte la sección de su SPD titulada “*Disposiciones de presentación y apelación de reclamaciones*” para obtener información sobre cómo apelar reclamaciones, incluido su derecho a una revisión externa.

Su Proveedor de Salud Primario (PCP)

- ✓ **Debe tener un PCP antes de que se paguen los beneficios que no son de emergencia.**

Para seleccionar un PCP, llame a Tufts al **(800) 462-0224**.

- ✓ Obtenga referencias de su PCP antes de recibir atención especializada.

Los beneficios del plan generalmente solo se brindan cuando su PCP coordina su atención o lo deriva a un especialista. Tiene derecho a elegir cualquier PCP que participe en la red Tufts EPO Select y que esté disponible para aceptarlo a usted o a los miembros de su familia. Todos pueden tener el mismo PCP o cada uno puede elegir un PCP diferente. Puede elegir a un pediatra como PCP de su hijo.

Necesita una referencia de su PCP para consultar a un especialista u obtener ciertos servicios de atención médica. Su PCP también debe aprobar cualquier visita a otro proveedor al que lo derive su especialista. Debe obtener una referencia o aprobación antes de recibir atención; de lo contrario, no se pagarán beneficios y usted será responsable del costo. Si necesita servicios de salud mental o abuso de sustancias para pacientes hospitalizados y no puede comunicarse con su PCP por teléfono de inmediato porque es fuera del horario de atención, puede llamar a Tufts al **(800) 208-9565**.

Sin embargo, no necesita una derivación de su PCP para ninguno de los siguientes servicios que recibe de un proveedor de la red:

- Atención de emergencia, incluso de un proveedor fuera de la red. Si lo admiten como paciente hospitalizado, usted (o alguien que actúe en su nombre) debe llamar a su PCP o a Tufts dentro de las 48 horas posteriores a recibir atención.
- Servicios de salud mental y abuso de sustancias. (Ciertos servicios pueden requerir autorización previa). Debe llamar a su PCP o a Tufts dentro de las 48 horas posteriores a su admisión como paciente hospitalizado o a recibir servicios de coordinación de cuidados intensivos.
- Atención de urgencia fuera del área de servicio de Tufts, incluso de un proveedor fuera de la red. Sin embargo, debe comunicarse con su PCP para cualquier atención de seguimiento.

 **MÉDICA** (*continuación*)

- La atención de urgencia que recibe dentro del área de servicio de Tufts cuando utiliza un centro de atención de urgencia independiente de la red, una clínica médica de servicios limitados de la red o una unidad móvil de atención de urgencia de la red. Las clínicas médicas son servicios limitados con clínicas de consulta externa que reciben a pacientes sin previa cita, usualmente dentro de tiendas tales como la clínica Minute Clinic de CVS. (La atención de urgencia en el consultorio de un proveedor o en una clínica ambulatoria sin cita previa en un hospital requiere una remisión de su PCP).
- La siguiente atención brindada por un proveedor de la red que sea obstetra, ginecólogo, enfermera partera certificada, médico de familia o cualquier otro proveedor autorizado que ofrezca estos servicios dentro del alcance de su licencia:
 - Atención de maternidad.
 - Evaluaciones médicamente necesarias y servicios de atención médica relacionados para afecciones ginecológicas agudas o de emergencia.
 - Examen ginecológico anual de rutina, incluida cualquier atención obstétrica o ginecológica de seguimiento que se determine que es médica mente necesaria como resultado de ese examen.
- Mamogramas a los siguientes intervalos: uno de base de referencia a los 35-39 años de edad; uno cada año a la edad de cuarenta y más; o según sea necesario médica mente.
- Atención quiropráctica.
- Terminaciones de embarazo.
- Cirugía dental, tratamiento y manejo de ortodoncia, o tratamiento dental preventivo y de restauración cuando se proporciona para el tratamiento de labio leporino o paladar hendido para menores de 18 años.
- Cirugía oral
- Tratamiento médico por parte de un proveedor de optometría.

Si es elegible recientemente o si su PCP abandona la red de Tufts, es posible que pueda continuar viendo a su PCP por un tiempo limitado bajo ciertas circunstancias. Comuníquese con Tufts para obtener más información.

Puede cambiar su PCP en cualquier momento, a menos que sea un paciente internado o un paciente en un programa de hospitalización parcial. Asegúrese de preguntarle al PCP si acepta pacientes nuevos. Los cambios no entrarán en vigor hasta que informe su elección a un especialista miembro de Tufts y Tufts apruebe el cambio.

Si vive fuera del área de servicio de Tufts (como se describe en la sección “*Proveedores de la red*” anterior), debe elegir un PCP, pero no necesita una derivación de un PCP para consultar a un especialista. Sin embargo, su PCP puede ayudarlo a encontrar un especialista y asegurarse de que reciba la atención de seguimiento adecuada. El Fondo recomienda encarecidamente que seleccione un PCP para ayudarle a coordinar su atención.

 **MÉDICA** (*continuación*)

Lo que usted paga

Debe pagar su costo compartido (como copagos) para su parte de los gastos cubiertos. También debe pagar cualquier gasto que no se considere gasto cubierto (consulte “*Qué no está cubierto*” a continuación para obtener más información), incluido cualquier monto que supere el cargo permitido (consulte su SPD para conocer la definición de cargo permitido) cuando utiliza proveedores fuera de la red, cualquier monto no pagado por no obtener referencias o cargos una vez que se ha alcanzado un beneficio o limitación máxima.

Debe identificarse como miembro de Tufts cuando consulte a un proveedor de la red. Si no se identifica como miembro de Tufts, es posible que deba pagar el costo total de su atención.

Consulte el “*Resumen de beneficios*” más arriba para obtener un resumen de su costo compartido.

Copagos

El Plan normalmente paga el 100% de los gastos cubiertos. Sin embargo, usted paga un copago de \$100 por la atención en la sala de emergencias. El copago no se aplicará si usted es admitido inmediatamente en el hospital como paciente internado, en observación (según lo define Tufts) o si se somete a una cirugía ambulatoria. Es posible que usted sea responsable del copago de \$100 por la sala de emergencias si se registra en una sala de emergencias pero abandona el centro sin recibir atención.

Consulte la Sección de Definiciones en su SPD para obtener más información sobre qué es un copago.

Límite de gastos de bolsillo para gastos de la red

Su costo compartido de bolsillo para la mayoría de los gastos médicos y de medicamentos recetados de la red cubiertos está limitado a \$6,350 por persona (\$12,700 por familia) cada año calendario. Una vez que los costos por los gastos fuera de su bolsillo por gastos cubiertos cumplan con estos límites, El Plan generalmente pagará el 100% de los gastos médicos y de medicamentos con receta cubiertos dentro de la red para usted (o su familia) durante el resto de ese año calendario. Los montos que paga de su bolsillo por gastos de medicamentos recetados según la sección de su SPD titulada “Beneficios de medicamentos recetados” también cuentan para este límite de desembolso.

Consulte la Sección de Definiciones en su SPD para obtener más información sobre qué es un límite de desembolso.

Qué está cubierto

El Plan solo pagará beneficios por lesiones o enfermedades que no estén relacionadas con su trabajo. Los beneficios se determinan en función de los cargos permitidos por los servicios cubiertos resultantes de la atención y el tratamiento médica necesarios proporcionados o autorizados por adelantado por su PCP de la red (consulte las excepciones en “*Su proveedor de atención primaria (PCP)*”).

 **MÉDICA** (*continuación*)

- **Servicios de atención médica preventiva** (*consulte la página I-6 de su SPD*), según lo exige la ley federal. Es posible que se apliquen ciertos límites o reglas sobre cuándo y cómo obtener atención médica preventiva según su sexo, edad y estado de salud.
- **Cargos hospitalarios** por:
 - Alojamiento y comida, hasta la tarifa de habitación semiprivada, a menos que una habitación privada sea médica necesaria, y otros servicios para pacientes internados realmente administrados por el hospital.
 - Servicios ambulatorios efectivamente administrados por el hospital.
- **Visitas al consultorio** para diagnosticar y tratar enfermedades o lesiones, incluidas evaluaciones, consultas y servicios de atención psiquiátrica colaborativa.
- **Cirugía ambulatoria** en un consultorio.
- Tratamiento de **trastornos de salud mental y abuso de sustancias**, incluido el tratamiento hospitalario y residencial, la atención ambulatoria, la hospitalización parcial, la atención ambulatoria intensiva, la desintoxicación ambulatoria y el tratamiento asistido con medicamentos, incluido el mantenimiento o tratamiento con metadona. Tufts puede referirse a algunos de estos servicios como servicios de salud conductual. No necesita una referencia de su PCP, pero ciertos servicios pueden requerir autorización o notificación previa. Comuníquese con Tufts para obtener más información.
- Diagnóstico y tratamiento de los **trastornos del espectro autista**, incluida la terapia de análisis conductual aplicado (ABA). *Debe obtener autorización previa antes de que el Plan pague beneficios por atención de habilitación o rehabilitación, incluida la terapia ABA.*
- **Atención quiropráctica**, hasta 20 visitas por persona cada año calendario.
- **Terapia física y ocupacional**, proporcionada:
 - Los servicios de terapia de rehabilitación son necesarios para restaurar la función perdida o deteriorada como resultado de una lesión o enfermedad accidental. Su condición debe mostrar una mejora significativa dentro de los 60 días posteriores al inicio de los servicios como resultado directo de la terapia.
 - Los servicios de habilitación son necesarios para mantener, aprender o mejorar habilidades y funcionamiento para la vida diaria que nunca aprendió o tuvo debido a una condición incapacitante.
- **Programas de reentrenamiento y rehabilitación cognitiva** a corto plazo cuando se brindan para restaurar una función perdida o deteriorada como resultado de una lesión o enfermedad accidental. Se debe anticipar que usted logrará mejoras mensurables dentro de un período de tiempo razonable y predecible.
- Servicios de **terapia respiratoria y rehabilitación pulmonar**.
- Diagnóstico y tratamiento de los **trastornos del habla, la audición y el lenguaje**.

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (844) 267-4325 • uhh.org



MÉDICA (*continuación*)

- Servicios de **rehabilitación cardíaca** para pacientes ambulatorios para el tratamiento de enfermedades cardiovasculares que comienzan dentro de las 26 semanas posteriores al diagnóstico de una enfermedad cardiovascular. La fase de mantenimiento de la rehabilitación cardíaca no está cubierta.
- **Servicios de intervención temprana** proporcionados a un hijo dependiente desde el nacimiento hasta el tercer cumpleaños del niño.
- **Pruebas y tratamiento de alergias**, incluidos antígenos e inyecciones para alergias.
- **Ortesis** o accesorios para los pies si tiene una enfermedad grave del pie diabético.
- Servicios de **atención médica domiciliaria**, si está confinado en su hogar (según lo determine Tufts).
- **Hemodiálisis** ambulatoria, incluida la hemodiálisis domiciliaria y la diálisis peritoneal domiciliaria.
- **Quimioterapia y radioterapia**.
- **Medicamentos inyectables, infundidos o inhalados**, incluidos, entre otros, terapia de nutrición parenteral total, quimioterapia y antibióticos, que sean uno de los siguientes:
 - Se requieren y son una parte esencial de una visita al consultorio para diagnosticar o tratar una enfermedad o lesión.
 - Recibido en casa con servicios de administración de medicamentos por parte de un proveedor de infusión a domicilio.
- **Cirugía ambulatoria** y cargos relacionados con la anestesia, siempre que se espere que le den el alta el mismo día.
- **Suministros médicos**, incluidos suministros para ostomía, traqueotomía y catéteres.
- **Fórmulas médicas especiales, fórmulas enterales sin receta y alimentos bajos en proteínas**, cuando sean recetados por un médico, pero sólo para lo siguiente:
 - Alimentos bajos en proteínas cuando se administran para tratar enfermedades hereditarias de aminoácidos y ácidos orgánicos.
 - Fórmula enteral de venta libre para uso doméstico para el tratamiento de ciertas afecciones médicas.
 - Fórmula infantil médica necesaria para la intolerancia a la leche o a la proteína de soja, fórmula para bebés prematuros y fórmulas suplementarias para el retraso del crecimiento.
 - Otras fórmulas médicas especiales para el tratamiento de determinadas enfermedades.
- **Servicios de diagnóstico por imágenes, radiografías y laboratorio** para pacientes ambulatorios.
- Transporte por un **servicio de ambulancia profesional**, incluido el transporte en ambulancia terrestre, acuática o aérea para atención de emergencia y el transporte en ambulancia que no sea de emergencia cuando su condición médica impida el transporte seguro por cualquier otro medio, o para el traslado entre instalaciones. Si recibe tratamiento de paramédicos u otro personal de ambulancia, pero se niega a ir al hospital u otro centro médico, será responsable del costo del tratamiento proporcionado por los paramédicos u otro personal de ambulancia.

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (844) 267-4325 • uhh.org

 **MÉDICA** (*continuación*)

- **Cargos de maternidad**, incluida la atención prenatal y posnatal brindada en el consultorio de un profesional de atención médica y servicios hospitalarios y de parto.
- **Servicios de atención extendida** en un centro para servicios de enfermería especializada, rehabilitación o enfermedades crónicas.
- Servicios de atención al paciente proporcionados como parte de un **ensayo clínico** calificado para el tratamiento del cáncer u otra afección potencialmente mortal, en la misma medida que dichos servicios estarían cubiertos si la atención no se recibiera como parte de un ensayo clínico.
- **Trasplantes de médula ósea** para el cáncer de mama metastásico.
- **Los trasplantes de células madre hematopoyéticas y los trasplantes de órganos sólidos humanos** se realizan en un centro de trasplantes designado por Tufts. Los gastos de donantes y los gastos de búsqueda de donantes están cubiertos sólo si no están cubiertos por ningún otro plan. No se pagan beneficios si usted es donante de células madre u órganos.
- **Prueba de antígeno leucocitario humano** o prueba de antígeno del locus de histocompatibilidad para uso en trasplante de médula ósea.
- Servicios paliativos y suministros de cuidados para una persona cuya esperanza de vida es de 6 meses o menos. Los servicios de asesoramiento sobre el duelo para los familiares de la persona con una enfermedad terminal estarán cubiertos hasta por 1 año después de la muerte de dicha persona.
- **Mastectomías**, incluidas todas las etapas de la cirugía para reconstruir el seno extirpado (reconstrucción), cirugía y reconstrucción del otro seno para que los senos luzcan uniformes, implantes y prótesis mamarias, y tratamiento de problemas de salud física derivados de una mastectomía, incluida la inflamación de los ganglios linfáticos (linfedema).
- **Prótesis de mama, brazo y pierna.**
- Cargos médicamente necesarios para el **tratamiento del labio hendido y paladar hendido** para niños menores de 18 años, y servicios asociados para el manejo y la atención de seguimiento.
- **Servicios de visión no rutinarios**, incluido un par de lentes para anteojos y monturas estándar después de una cirugía de cataratas u otra cirugía para reemplazar el cristalino natural del ojo.
- **Cargos de instalaciones por procedimientos dentales** cubiertos bajo el beneficio dental del Plan cuando se requiere un entorno institucional para administrar la atención de manera segura, incluso para el tratamiento si padece afecciones médicas o de comportamiento, como autismo o Alzheimer, que limitan gravemente su capacidad para cooperar con los cuidados necesarios.
- **Servicios educativos y de capacitación para el autocontrol de la diabetes** para pacientes ambulatorios, brindados por un profesional de atención médica en diabetes certificado.

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (844) 267-4325 • uhh.org

 **MÉDICA** (*continuación*)

- **Consejería nutricional**, hasta 1 evaluación y hasta 12 visitas por persona cada año calendario. Las visitas de asesoramiento nutricional que se consideran atención médica preventiva, que se brindan como parte de la atención médica domiciliaria o la capacitación para el autocontrol de la diabetes, o que son para el tratamiento de diagnósticos de salud mental o abuso de sustancias, no cuentan para el límite y no están sujetas a él. de 12 visitas por persona cada año natural.
- **Prótesis capilares del cuero cabelludo pelucas**, hasta \$350 por persona cada año calendario.
- **Equipo médico duradero** (DME), por ejemplo, sillas de ruedas eléctricas/motorizadas, extractores de leche, cascos craneales, monitores de glucosa en sangre, medias graduadas (hasta 3 pares cada 365 días), audífonos (hasta uno por oído por cambio de receta), bombas de insulina, aparatos orales hechos a medida para el tratamiento de la apnea del sueño, concentradores de oxígeno, dispositivos protésicos que no sean prótesis de extremidades o mamas (consulte el gasto cubierto por separado para esas prótesis) y otros equipos o dispositivos médicos similares. Para que se considere un gasto cubierto, el DME se debe comprar o alquilar a un proveedor contratado. Tufts debe determinar si el DME es la cantidad, suministro o nivel de servicio disponible más apropiado, y si alquilar o comprar DME.
- **Cirugía de reasignación de género** para personas con un diagnóstico de disforia de género y cargos relacionados (por ejemplo, análisis de laboratorio, radiografías, visitas al consultorio, etc.). El Plan cubrirá procedimientos quirúrgicos, incluidas cirugías correctivas médica mente necesarias, para cambio de género una vez (por ejemplo, si el Plan cubre procedimientos para cambio de género de masculino a femenino, el Plan no pagará luego un cambio de género nuevamente a masculino). Debe tener por lo menos 18 años de edad y obtener autorización previa para servicios quirúrgicos.
- Reembolso de **costos razonables de viaje, alojamiento y comida** si no tiene acceso a ciertos servicios cubiertos en el estado en el que vive y si debe viajar más de 100 millas para obtener estos servicios. El reembolso está limitado a un máximo de \$5,000 por persona cada año calendario. Es posible que se apliquen límites y reglas adicionales. Comuníquese con Tufts al **(800) 462-0224** para obtener más información.

Lo que no está cubierto

La siguiente lista generalmente no se aplicará al tratamiento médico de emergencia. Sin embargo, el Fondo seguirá sin cubrir ningún tratamiento que de otro modo estaría excluido, independientemente de las circunstancias (por ejemplo, el Fondo no cubre ningún tratamiento que no sea médica mente necesario).

Consulte la página E-2 de su SPD para obtener una lista de las exclusiones y limitaciones generales del Plan. Además de esa lista, el Plan no pagará beneficios por, o en relacionados con, los siguientes tratamientos médicos, servicios y suministros:

- A menos que se especifique como atención cubierta, fuera de la red.
- A menos que se especifique que están cubiertos, tratamientos, servicios o suministros no aprobados, referidos o administrados por su PCP.

 **MÉDICA** (*continuación*)

- Tratamiento, servicios o suministros que no sean esenciales para tratar una lesión, enfermedad o embarazo, excepto los servicios de atención médica preventiva.
- Un servicio, suministro o medicamento si existe un nivel menos intensivo de servicio, suministro o medicamento, o una alternativa más rentable que pueda brindarse de manera segura y efectiva, o si el servicio, suministro o medicamento puede brindarse de manera segura y proporcionado eficazmente en un entorno menos intensivo.
- Servicios, suministros o medicamentos principalmente para su comodidad o conveniencia personal o la de otra persona.
- Atención de custodia.
- A menos que se especifique que están cubiertos, medicamentos, medicinas, materiales o suministros para uso fuera del hospital u otra instalación.
- Tratamiento, servicios o suministros requeridos por un tercero que de otro modo no son médicaamente necesarios.
- Cargos de instalaciones o servicios relacionados si el procedimiento realizado no es un gasto cubierto, excepto que se indique específicamente que está cubierto para procedimientos dentales.
- Cirugía, procedimientos, suministros, medicamentos o aparatos cosméticos, a menos que esa cirugía sea para uno de los siguientes:
 - El alivio del dolor o la restauración de una función corporal deteriorada como resultado de un defecto congénito, una anomalía congénita, una lesión traumática o un procedimiento quirúrgico cubierto.
 - Servicios relacionados con mastectomías, como se describe en “Qué está cubierto”
 - Extracción de un implante mamario, pero solo si hay evidencia de una infección o enfermedad autoinmune, si recibió el implante después de una mastectomía o si su implante de silicona se rompió.
- Costos asociados con partos en casa o costos asociados con una doula.
- Servicios de infertilidad, distintos de los servicios de diagnóstico.
- Tratamientos, medicamentos, procedimientos, servicios o suministros relacionados con la reversión de la cirugía de reasignación de género o la reversión de la esterilización voluntaria.
- Todos los servicios de medicina no convencional y todas las pruebas, servicios, suministros, procedimientos y suplementos relacionados asociados con este tipo de medicina, incluso si estos servicios se brindan junto con la medicina convencional. Sin embargo, estos servicios pueden estar cubiertos por los beneficios del EAP.
- Servicios (incluidos programas con matrícula) que ofrecen actividades educativas, vocacionales, recreativas o de desarrollo personal, incluidos, entre otros, escuelas terapéuticas, campamentos, programas de vida silvestre o ranchos, programas deportivos o de mejora del rendimiento, spas o centros turísticos, programas de liderazgo o entrenamiento conductual o Outward Bound. Los servicios de salud mental y abuso de sustancias médicaamente necesarios proporcionados por proveedores autorizados de la red mientras usted está en un programa basado en matrícula, sujetos a las reglas del Plan, están cubiertos.

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (844) 267-4325 • uhh.org

 **MÉDICA** (*continuación*)

- Dispositivos y procedimientos destinados a reducir los ronquidos.
- Servicios de enfermería privada.
- A menos que le diagnostiquen diabetes, cuidado de rutina de los pies, tratamiento de pie plano o dislocación parcial de los pies, o zapatos ortopédicos y artículos relacionados que no formen parte de un aparato ortopédico. Ciertos zapatos terapéuticos/moldeados y plantillas para zapatos pueden estar cubiertos si tiene una enfermedad grave del pie diabético. Llame a Tufts para obtener más información.
- Exámenes, evaluaciones o servicios con fines educativos, distintos de los cubiertos específicamente.
- Servicios de rehabilitación o reconversión profesional.
- Servicios para tratar discapacidades de aprendizaje, problemas de conducta y servicios para tratar trastornos del habla, la audición y el lenguaje en un entorno escolar.
- Equipos que no sean de naturaleza médica o que se utilicen principalmente con fines no médicos, incluso si dichos equipos tienen un uso limitado como equipo médico.
- Tratamiento proporcionado por un técnico de emergencias médicas u otro personal de ambulancia si se niega a ser transportado al hospital u otro centro médico.
- Atención de afecciones que las leyes estatales o locales exigen que se traten en un centro público.
- Pruebas de laboratorio solicitadas por usted o un dependiente, incluso si las realiza un laboratorio autorizado.
- Tarifas cobradas por un profesional de la salud como condición de acceso, o cualquier servicio que la tarifa represente cubrir.
- Tratamiento, atención o servicios relacionados con los dientes o el cuidado dental y la extracción quirúrgica de los dientes, a menos que estén específicamente cubiertos por el contrato con Tufts. Sin embargo, estos servicios pueden estar cubiertos por los beneficios dentales.
- Terapias relacionadas con trastornos de la ATM, incluidos aparatos para la ATM, ajuste oclusal u otras terapias relacionadas con aparatos para la ATM, a menos que estén específicamente cubiertas por el contrato con Tufts.
- Circuncisiones realizadas en cualquier entorno que no sea un hospital, como cirugía ambulatoria o en el consultorio de un profesional de la salud.
- Compra de un extractor de leche eléctrico de grado hospitalario o leche materna de donante.
- Acupuntura. Sin embargo, estos servicios pueden estar cubiertos por los beneficios del EAP.
- Anticonceptivos orales o anticonceptivos de venta libre. Sin embargo, estos servicios pueden estar cubiertos por los beneficios de medicamentos recetados.
- Programas y clínicas de pérdida de peso, excepto los servicios considerados servicios de atención médica preventiva.
- Animales de servicio o terapia y suministros relacionados.

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (844) 267-4325 • uhh.org

 **MÉDICA** (*continuación*)

- Servicios relacionados con servicios no cubiertos.
- Psicoanálisis, hipnoterapia y, con respecto a los servicios de atención intermedia y ambulatoria de salud conductual para niños y adolescentes, los siguientes programas:
 - Programas en los que el paciente tiene una duración de atención predefinida sin que Tufts pueda realizar determinaciones simultáneas de la necesidad médica continua de un individuo;
 - Programas que solo brindan reuniones o actividades que no se basan en una planificación de tratamiento individualizada; y
 - Programas que se centran únicamente en la mejora de habilidades interpersonales o de otro tipo en lugar de servicios dirigidos a la reducción de síntomas y la recuperación funcional relacionados con un trastorno de salud mental o abuso de sustancias específico.
- Entrenamiento de biorretroalimentación, excepto para incontinencia urinaria, y estimuladores neuromusculares y suministros relacionados.
- A menos que se indique como cubierto, transporte o alojamiento.
- Cualquier tratamiento, servicio o suministro que Tufts considere excluido de los beneficios, según el contrato entre UNITE HERE HEALTH y Tufts Health Plan.



PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA EMPLEADOS (EAP)

Programa de asistencia para empleados (EAP)

UNITE HERE HEALTH tiene un contrato con Modern Assistance Programs, Inc. (MAP) para administrar el beneficio EAP para usted y sus dependientes.

La siguiente tabla también reemplaza los beneficios de Modern Assistance Programs, Inc. (MAP) en la sección “Resumen de beneficios” de su SPD.

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (844) 267-4325 • uhh.org



PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA EMPLEADOS (continuación)

Programa de asistencia para empleados (EAP)

Servicios de asesoramiento con MAP

| | |
|-----------------------------|---|
| Asesoramiento a corto plazo | 8 sesiones por número por persona cada año calendario |
|-----------------------------|---|

Servicios de atención alternativa con proveedores de la red MAP

| | |
|--|--|
| Acupuntura | 20 visitas por persona cada año calendario |
| Visita al consultorio de medicina tradicional china, incluidos los remedios herbales proporcionados durante la visita. | 12 visitas por persona cada año calendario |
| Visitas al consultorio de Naturopatía | |
| Terapia de Masajes | |

El EAP brinda ayuda con problemas personales y laborales, junto con servicios de atención alternativos, sin costo para usted. Las sesiones de asesoramiento con los consejeros de MAP pueden ser en persona, por teléfono o virtuales, y pueden abordar una amplia gama de inquietudes, incluido el estrés, los problemas laborales o familiares, las luchas en las relaciones, el uso de sustancias, los desafíos de la crianza y el duelo. MAP tiene una red de proveedores de servicios de atención alternativa. Puede visitar a un proveedor de la red, hasta los límites que se muestran arriba, sin una derivación ni aprobación de MAP.

Qué está cubierto

- Evaluación de problemas y sesiones de asesoramiento limitadas y de corta duración (en persona, por teléfono o por video), hasta 8 sesiones por tema por persona cada año calendario.
- Referencia a recursos comunitarios para vivienda, asistencia legal y financiera.
- Los siguientes servicios de cuidado alternativo:
 - Acupuntura, hasta 20 visitas por persona cada año calendario.
 - Medicina tradicional china, incluidos los remedios a base de hierbas proporcionados durante la visita, hasta 12 visitas por persona cada año calendario.

Para obtener más información sobre el EAP, encontrar proveedores de atención alternativos o para obtener ayuda las 24 horas del día, los 7 días de la semana, comuníquese con:

Modern Assistance Programs, Inc. (MAP)

300 Congress Street, Suite 104
Quincy, MA 02169

(617) 774-0331

(dentro de Massachusetts)

(800) 878-2004

(fuera de Massachusetts)

www.modernassistance.com

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (844) 267-4325 • uhh.org



PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA EMPLEADOS (continuación)

- Visitas al consultorio de Naturopatía, hasta 12 visitas por persona cada año calendario.
- Terapia de masajes, hasta 12 visitas por persona cada año calendario.
- Otros servicios especificados en el contrato entre el Fondo y MAP.

Lo que no está cubierto

- Sesiones de asesoramiento no proporcionadas directamente por MAP o proporcionadas después de cumplir con el límite de 8 sesiones por problema por persona cada año calendario. Sin embargo, los servicios de asesoramiento pueden estar cubiertos por los beneficios médicos.
- Servicios de atención alternativa proporcionados por proveedores fuera de la red o proporcionados después de que usted cumpla con los límites de visitas descritos anteriormente.
- Exámenes de laboratorio naturopáticos y suplementos naturopáticos.
- Servicios no especificados en el contrato entre el Fondo y MAP.
- Servicios proporcionados después de que finalice su elegibilidad para la cobertura. (Los beneficios de EAP están incluidos en la cobertura de continuación de COBRA).

Reclamaciones

Esta información se agrega en la sección “Disposiciones para la presentación de reclamaciones y apelaciones” de su SPD.

Reclamaciones EAP

El Fondo paga al MAP directamente por los servicios de asesoramiento. No es necesario presentar una reclamación. Los proveedores de la red de MAP deben presentar reclamos por servicios de atención alternativos directamente ante MAP por usted. Sin embargo, si necesita presentar un reclamo, debe enviarlo por correo a MAP dentro de los 18 meses siguientes a la fecha en que se produjo el reclamo.

Modern Assistance Programs, Inc. (MAP)

300 Congress Street, Suite 104
Quincy, MA 02169

Todas las apelaciones por reclamos EAP denegados deben enviarse dentro de los 12 meses posteriores a la recepción del rechazo. Consulte la sección “Disposiciones para la presentación de reclamos y apelaciones” de su SPD para obtener información sobre el segundo nivel de apelación, el plazo para la determinación de reclamos y apelaciones, e información sobre cómo presentar un reclamo rechazado porque no es elegible. Los reclamos de EAP no son elegibles para una revisión externa.

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (844) 267-4325 • uhh.org



Beneficios dentales

UNITE HERE HEALTH ha contratado a Delta Dental of Illinois (Delta Dental) para administrar beneficios dentales para usted y sus dependientes.

La siguiente tabla también reemplaza los Beneficios Dentales PPO en la sección “Resumen de beneficios” de su SPD.

| Beneficios Dentales PPO | Proveedores de Delta Dental PPO y Delta Dental Premier | Proveedores fuera de la red |
|---|---|--|
| | Lo que usted paga por su cobertura de atención dental | |
| Beneficio máximo por año calendario para el tratamiento dental (no orto) | \$2,000 por persona | |
| Beneficio máximo de por vida para el tratamiento de ortodoncia | \$3,000 por persona | |
| Deducible por año calendario | Ninguno | |
| Descripción de Servicios | Lo que usted paga por su cobertura de atención dental | |
| Servicios de diagnóstico y preventivos (<i>Ejemplos: exámenes bucales, cuidados paliativos de emergencia, radiografías, limpieza de rutina, tratamiento con flúor, selladores, mantenedores de espacio</i>) | \$0 | 20% |
| Servicios de restauración menores (<i>Ejemplo: rellenos, coronas de acero inoxidable</i>) | \$0 por rellenos; 10% para todos los demás servicios | 40% |
| Servicios de endodoncia (<i>Ejemplo: endodoncias</i>) | 10% | |
| Servicios de periodoncia (<i>Ejemplos: raspado y alisado radicular, desbridamiento bucal completo, mantenimiento periodontal (encías), ciertos servicios quirúrgicos periodontales</i>) | 10% | |
| Cirugía Oral (<i>Ejemplos: Extracciones (simples y quirúrgicas), ciertos procedimientos de sedación</i>) | 10% | |
| Mantenimiento prostodóntico (<i>Ejemplo: Reparaciones de dentaduras postizas y coronas</i>) | 10% | 60% |
| Servicios de prostodoncia (<i>Ejemplos: dentaduras postizas completas o parciales, puentes, ajustes a las dentaduras postizas</i>) | 40% | |
| Servicios restaurativos principales (<i>Ejemplos: onlays, coronas</i>) | 40% | |
| Implantes | 40% | |
| Servicios de ortodoncia | 50% | 50% |

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (844) 267-4325 • uhh.org



DENTAL (*continuación*)

Proveedores de la red versus proveedores fuera de la red

El Plan paga beneficios basándose en si usted obtiene tratamiento de un proveedor dentro de la red o de un proveedor de afuera de la red.

- ✓ Su red es Delta Dental PPO network.
- ✓ Los dentistas de Delta Dental Premier no son proveedores PPO de la red, pero el Plan pagará los beneficios de la red si utiliza un dentista de Delta Dental Premier. Los descuentos de los dentistas Premier son más bajos que los de los dentistas PPO, por lo que usted paga más al usar los dentistas Premier que con los dentistas PPO. Pero a diferencia de los dentistas que no pertenecen a la red, los dentistas Premier no le facturarán el saldo. (Esto significa que no le facturarán la diferencia entre el cargo permitido de Delta Dental y el cargo actual del dentista).

*Para localizar
un proveedor de
red cerca de usted,
comuníquese con:*

**Delta Dental
of Illinois**

(800) 323-1743

www.deltadentalil.com

Lo que usted paga

Debe pagar su costo compartido (coseguro) por los gastos cubiertos. También debe pagar cualquier gasto que no están cubiertos, incluyendo cualquier cantidad mayor al cargo permitido que los dentistas que no pertenecen a la red pueden facturarle..

Beneficios máximos

Beneficio máximo para la atención dental para cuidados que no sean de ortodoncia

El Plan paga hasta \$2,000 por persona cada año por atención dental (combinada dentro y fuera de la red). Una vez que el Plan paga este beneficio máximo, no pagará más por atención dental por el resto de ese año.

Delta Dental puede permitirle transferir total o parcialmente la parte no utilizada de su máximo anual para tratamientos no ortodóncicos, hasta \$2,000. Debe haber sido elegible para recibir beneficios dentales durante todo el año calendario y haber presentado al menos un reclamo durante el año que se aplicó a su beneficio máximo anual. Comuníquese con Delta Dental para obtener más información sobre cómo transferir todo o parte de su beneficio máximo.

Máximo beneficio del cuidado de ortodoncia

El Plan paga el 100% por el tratamiento de ortodoncia, hasta un máximo de por vida de \$3,000 por persona por tratamiento de ortodoncia (combinado dentro y fuera de la red). Una vez que el Plan paga este beneficio máximo, no pagará más por tratamientos de ortodoncia.

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (844) 267-4325 • uhh.org



DENTAL *(continuación)*

Curso de Tratamiento Alternativo

Si hay un tipo diferente de tratamiento que por lo menos sería tan efectivo como su tratamiento dental, pero con un costo más bajo, el cargo permitido será basado en el tipo de tratamiento alternativo de menos costo. Esta regla aplica si el tipo de tratamiento alternativo dental es:

- Comúnmente utilizados para tratar su condición, según lo determina UNITE HERE HEALTH o su representante.
- Reconocido por la mayoría de los dentistas como apropiado según las prácticas dentales nacionales actuales.

Qué está cubierto

“Gastos cubiertos” significa todos los cargos permitidos realizados por un dentista para los tipos de servicios y suministros que se enumeran a continuación. Para ser considerado un gasto cubierto, Delta Dental debe determinar que el servicio o suministro fue basado en una necesidad dental válida y se realizó de acuerdo con los estándares aceptados de la práctica dental.

Existen límites sobre la frecuencia con la que se cubren ciertos servicios y suministros. Si la cantidad de tiempo que se muestra a continuación no ha pasado desde la última vez que se prestó el servicio o suministro, es posible que deba pagar el 100% del costo. Siempre puede comunicarse con Delta Dental llamando al **(800) 323-1743** para averiguar cuándo fue la última vez que recibió beneficios para un determinado servicio o suministro. Un límite de tiempo comienza en la fecha en que recibió el servicio o suministro por última vez. Los límites de tiempo se miden en meses o años consecutivos.

Si necesita un servicio o suministro que no se enumera a continuación, comuníquese con Delta Dental para averiguar si existen límites aplicables.

Servicios preventivos y diagnósticos

- Exámenes orales, incluyendo evaluaciones periodontales y exámenes centradas en problemas.
- Exámenes dentales integrales: 1 cada 60 meses por dentista.
- Exámenes orales periódicos - 2 por año.
- Radiografías:
 - Radiografías periapicales intraorales.
 - Radiografías de mordidas (Bitewing)—2 por año
 - Radiografía de boca completa (que incluye radiografías panorámica y vertical de mordida (bitewing))—1 cada 60 meses.
- Moldes de diagnóstico.
- Pruebas de vitalidad pulpar—1 por visita.



DENTAL *(continuación)*

- Profilaxis (limpieza)—2 por año.
 - ✓ Si usted tiene ciertas condiciones, puede ser elegible para limpiezas adicionales cada año. Consulte el programa de beneficios mejorados a continuación.
- Aplicación tópica de flúor para niños menores de 19 años—2 por año.
 - ✓ Si usted tiene ciertas condiciones, también puede ser elegible para la aplicación tópica de flúor. Consulte el programa de beneficios mejorados a continuación.
- Mantenedores de espacio para niños menores de 14 años—1 por diente de por vida.
- Recementación de mantenedores de espacio para niños menores de 14 años—1 por diente de por vida.
- Selladores para los molares permanentes no restaurados de niños dependientes menores de 16 años y para niños de 16 a 19 años que han tenido una caries reciente y están en riesgo de sufrir caries: 1 por diente cada 4 años.
- Cuidados paliativos de emergencia (para aliviar temporalmente el dolor y el malestar): 3 cada 12 meses.
- Enjuague bucal con clorhexidina cuando se administra y dispensa en el consultorio del dentista después del raspado y alisado radicular.
- Pasta dental con flúor cuando se administra y dispensa en el consultorio del dentista después de una cirugía periodontal.

Servicios restaurativos menores:

- Rellenos compuestos de amalgama o resina—1 por superficie cada 24 meses.
- Rellenos sedantes—1 por diente de por vida.
- Recementación de inlays, onlays, restauraciones de cobertura parcial, postes y núcleos moldeados o prefabricados y coronas: 1 por diente cada 12 meses.
- Coronas prefabricadas de acero inoxidable únicamente en dientes temporales (primarios): 1 por diente cada 24 meses.

Servicios de endodoncia

- Terapia pulpar (empaste reabsorbible) y terapia de conducto: 1 por diente de por vida.
- Apicectomía: 1 por diente cada 24 meses.
- Relleno retrógrado: 1 por relleno por raíz.

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (844) 267-4325 • uhh.org



DENTAL *(continuación)*

Servicios periodontales

- Terapia periodontal, incluyendo el tratamiento de enfermedades de las encías y los huesos que sostienen los dientes—1 por cuadrante cada 24 meses.
- Gingivectomía o gingivoplastia; procedimientos de colgajo gingival.
- Alargamiento clínico de la corona (tejido duro).
- Cirugía ósea (incluida la entrada y cierre del colgajo): 1 por cuadrante cada 36 meses.
- Regeneración guiada de tejidos.
- Reemplazo óseo e injertos de tejidos blandos.
- Descamación periodontal y alisado radicular.
- Desbridamiento total de la boca—1 de por vida.
- Mantenimiento periodontal: 1 cada 3 meses, no combinar con limpiezas periódicas.
 - ✓ Si usted tiene ciertas condiciones, puede ser elegible para mantenimiento periodontal adicional cada año. Consulte el programa de beneficios mejorados a continuación.

Cirugía oral:

- Extracciones simples.
- La extirpación quirúrgica del diente erupcionado que requiere la elevación del colgajo mucoperióstico y la extracción del hueso y / o sección del diente.
- Extracción del diente impactado (tejido blando, parcialmente óseo, completamente óseo).
- Reimplantación dental / estabilización de dientes y / o alvéolos desplazados o avulsados accidentalmente.
- Acceso quirúrgico de un diente no erupcionado.
- Biopsia de tejido oral; biopsia por cepillado.
- Alveoloplastia
- Escisión quirúrgica de tejidos blandos o lesiones intraóseas.
- Otros procedimientos quirúrgicos/reparaciones cubiertos
- Sedación profunda/anestesia general cuando sea necesaria para los servicios quirúrgicos cubiertos.
- Sedación/analgesia consciente intravenosa, hasta una hora cuando se proporciona junto con cirugía oral (que no sean extracciones simples).

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (844) 267-4325 • uhh.org



DENTAL *(continuación)*

Mantenimiento prostodóntico

- Reparaciones de dentaduras postizas completas y parciales—1 cada 12 meses.
- Reparación de dentaduras parcial fija (puente)
- Reparación de corona.
- Reemplazo de dientes faltantes o rotos.
- Adición de diente o gancho a dentaduras postizas parciales existentes.
- Reemplazo de todos los dientes y acrílico sobre estructura de metal fundido.
- Dentaduras postizas parciales temporales para reemplazar cualquiera de los 6 dientes frontales superiores o inferiores, pero solo si se instalan inmediatamente después de la pérdida de los dientes durante el período de curación.
- Prótesis parciales temporales para el reemplazo de dientes permanentes en niños menores de 16 años.
- Rebase de la dentadura—1 vez cada 36 meses
- Revestimientos de dentadura—1 vez cada 36 meses

Servicios de prostodoncia

- Dentaduras completas y parciales.
- Ajustes para dentaduras postizas completas y parciales—2 cada 12 meses.
- Pónticas.
- Retenedores de dentadura parcial fija (incrustaciones, recubrimientos, coronas).
- Recementación de dentadura postiza parcial fija—1 vez de por vida.
- Poste y núcleo fundidos o prefabricados; acumulación de núcleo.

Servicios restaurativos principales

- Recubrimientos (solo dientes permanentes).
- Coronas y restauraciones cerámicas (solo dientes permanentes).
- Retención de pasadores: 1 por diente.
- Postes y núcleos fundidos o prefabricados; acumulación del núcleo.

Implantes—una vez cada 60 meses para pacientes mayores de 16 años.

Tratamiento de ortodoncia.

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (844) 267-4325 • uhh.org



DENTAL *(continuación)*

Programa de beneficios mejorados

Si usted tiene ciertas condiciones de salud, puede obtener limpiezas adicionales o tratamientos con flúor. Los costos compartidos y los beneficios máximos aún aplican. Comuníquese con Delta Dental al **(800) 323-1743** para inscribirse si tiene alguna de estas condiciones o si está recibiendo alguno de estos tratamientos:

- Enfermedad periodontal (de las encías)
- Diabetes
- Embarazo
- Condiciones cardíacas de alto riesgo.
- Insuficiencia renal o diálisis.
- Quimioterapia y / o radiación relacionadas con el cáncer.
- Sistema inmunitario suprimido debido a: VIH, trasplantes de órganos y / o trasplantes de células madre (médula ósea)
- Necesidades especiales de atención sanitaria

Lo que no está cubierto

Los siguientes tipos de tratamientos, servicios y suministros no están cubiertos por los beneficios dentales de PPO:

- Pruebas de vitalidad pulpar facturadas junto con cualquier servicio, excepto un examen de emergencia o tratamiento paliativo.
- Recepción de mantenedores de espacio dentro de los 6 meses posteriores a la colocación inicial.
- Rellenos, cuando se permiten coronas para los mismos dientes.
- Reemplazo de cualquier restauración de yeso existente (coronas, revestimientos, restauraciones de cerámica) con cualquier tipo de restauración de molde dentro de los 60 meses posteriores a la colocación inicial de la restauración existente.
- Reemplazo de una corona de acero inoxidable con cualquier tipo de restauración de molde por la misma oficina dentro de los 24 meses posteriores a la colocación inicial.
- Restauraciones de molde si la evidencia radiográfica no muestra caries o falta de estructura dental, o restauraciones colocadas para cualquier otro propósito, incluyendo, entre otros, cosméticos, abrasión, desgaste, erosión, restauración o alteración de la dimensión vertical, malformaciones congénitas o del desarrollo de los dientes, o la anticipación de futuras fracturas.
- Una acumulación de corona si no hay evidencia radiográfica de una altura vertical suficiente (más de 3 milímetros por encima del hueso crestal) en un diente para soportar una restauración de molde.

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (844) 267-4325 • uhh.org



DENTAL *(continuación)*

- Recementación de incrustaciones, recubrimientos, restauraciones de cobertura parcial, moldes y postes prefabricados, núcleos y coronas en el mismo consultorio dentro de los 6 meses posteriores a la colocación inicial.
- Procedimientos adicionales para construir una nueva corona bajo el marco de prótesis parcial existente dentro de los 6 meses posteriores a la colocación inicial.
- Rellenos sedantes solicitados o colocados en la misma fecha que un relleno permanente.
- Nuevo tratamiento del mismo diente dentro de los 2 años cuando se ha emitido un beneficio por servicios de endodoncia.
- Procedimientos de endodoncia realizados en conjunto con dispositivos prostodónticos removibles completos.
- Servicios de periodoncia quirúrgica no realizados en asociación con dientes naturales.
- Servicios quirúrgicos de periodoncia prestados en una guardería quirúrgica o en un entorno hospitalario.
- Regeneración de tejido guiada facturada junto con implantología, aumento de cresta / elevación sinusal, extracciones o cirugía perirradicular / apicectomía.
- Alargamiento de la corona o gingivoplastia, si no se realiza al menos 4 semanas antes de la preparación de la corona.
- Injertos óseos de reemplazo realizados junto con extracciones o implantes.
- Férula periodontal para restaurar la oclusión.
- Reemplazo de cualquier dispositivo protésico existente (restauraciones de molde, prótesis parciales fijas, prótesis parciales removibles, prótesis completa) con cualquier dispositivo protésico dentro de los 60 meses posteriores a la colocación inicial del dispositivo existente.
- Una dentadura postiza parcial fija, cuando se solicita o se coloca en el mismo arco que una dentadura postiza parcial removible.
- Realineado o recentrado de un dispositivo existente dentro de los 6 meses posteriores a la colocación inicial.
- Prostodoncia fija o removible para un paciente menor de 16 años.
- Un pónico cuando el espacio desdentado (sin dientes) entre los dientes es inferior al 50 % del tamaño del diente faltante.
- Cuando se realiza junto con otra cirugía oral, la movilización de un diente erupcionado o mal colocado para ayudar a la erupción o la colocación de un dispositivo para facilitar la erupción de un diente impactado.
- Los servicios, suministros o tratamientos se brindan con mayor frecuencia que la indicada como cubierta, o con mayor frecuencia que la comúnmente aceptada según los estándares dentales determinados por Delta Dental, o con mayor frecuencia que la especificada en el contrato con Delta Dental.

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (844) 267-4325 • uhh.org



DENTAL *(continuación)*

- Cualquier tratamiento, servicios o suministros como se establece en la Sección de su SPD titulada “Exclusiones y limitaciones generales”.
- Servicios compensables bajo las leyes de compensación a los trabajadores o de responsabilidades del empleador.
- Servicios proporcionados o pagados por cualquier agencia gubernamental o bajo cualquier programa o ley gubernamental, excepto en cuanto a los cargos que la persona está legalmente obligada a pagar. Esta excepción se extiende a cualquier beneficio provisto en virtud de la Ley de Seguridad Social de los EE. UU. y sus Enmiendas.
- Servicios prestados para corregir la malformación del desarrollo, incluyendo, entre otros, paladar hendido, prognatismo mandibular, hipoplasia del esmalte, fluorosis y dientes congénitos perdidos. Esta exclusión no aplica a los recién nacidos
- Servicios prestados con fines puramente cosméticos, que incluyen, entre otros, carillas del color de los dientes, unión, restauraciones de porcelana y microabrasión.
- Cargos por servicios completados antes de la fecha en que el paciente quedó cubierto por este programa.
- Servicios para anestesistas o anestesiólogos.
- Procedimientos temporales, distintos de ciertas dentaduras postizas parciales temporales.
- Cualquier procedimiento solicitado o realizado en un diente cuando las radiografías indican que menos del 40% de la raíz está soportada por hueso.
- Servicios realizados en dientes no funcionales (segundo o tercer molar sin un diente opuesto).
- Servicios realizados en dientes caducifolios (primarios) cerca de la exfoliación.
- Medicamentos o la administración de medicamentos, excepto anestesia general y sedación intravenosa consciente.
- Procedimientos considerados experimentales o de investigación por la Asociación Dental Americana, para los cuales no existe un código de procedimiento, o que son inconsistentes con la codificación y nomenclatura de la Terminología Dental Actual.
- Servicios con respecto a cualquier alteración de la articulación temporomandibular (articulación de la mandíbula).
- Procedimientos que Delta Dental considera incluidos en las tarifas de otros procedimientos.
- La compleción de formularios de reclamo y el envío de la información requerida, no cubierta de otra manera, para la determinación de los beneficios.
- Procedimientos de control de infecciones y tarifas asociadas con el cumplimiento de los requisitos de la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (OSHA, por sus siglas en inglés).

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (844) 267-4325 • uhh.org



DENTAL *(continuación)*

- Citas no cumplidas.
- Servicios y suministros para cualquier enfermedad o lesión que ocurra en o después de que esté cubierto por el Plan como resultado de una guerra o un acto de guerra.
- Servicios y suministros recibidos de su pariente o el de su cónyuge, cualquier persona que habitualmente reside en su hogar o cualquier persona similar.
- Servicios para, o en relación con, una lesión o enfermedad que surge de la participación en, o como consecuencia de haber participado en un disturbio, insurrección o disturbio civil, o la comisión de un delito grave.
- Cargos por servicios por hospitalización para pacientes internados/ambulatorios.
- Servicios o suministros para la higiene oral o programas de control de placa.
- Servicios y suministros para corregir hábitos nocivos.
- Protectores bucales deportivos.

Predeterminación de beneficios dentales

Si su dentista recomienda un trabajo dental que se estima que cuesta \$250 o más, puede pedirle a Delta Dental que lo ayude a determinar cuánto pagará el plan. Este es un programa voluntario, pero comunicarse con Delta Dental antes de realizar un trabajo dental complejo o costoso lo ayudará a usted y a su dentista a comprender lo que el Plan pagará por su atención propuesta. Al comunicarse con Delta Dental con anticipación, tendrá una mejor idea de cuánto será su parte de los costos para que no reciba facturas sorpresivas.

Si aprovecha este programa, Delta Dental revisará los registros de su dentista y le proporcionará a usted y a su dentista una estimación de lo que usted debe pagar y de lo que pagará el Plan.

La determinación previa de beneficios no garantiza qué beneficios pagará el Plan o si se pagará algún beneficio por el tratamiento dental o los servicios brindados. Como siempre, cualquier decisión de tratamiento es entre usted y su dentista. Todas las reglas del Plan se aplicarán a cualquier reclamo dental que usted presente.

Beneficios dentales después de que finalice la elegibilidad

Si su cobertura finaliza, los beneficios del Plan solo se pagarán por los cargos permitidos incurridos por los gastos cubiertos antes de que finalice su cobertura.

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (844) 267-4325 • uhh.org



一般的

您的「精神健康／藥物濫用網絡」 及其他 的變更，自 2024 年 4 月 1 日起生效

請參閱，了解詳情

- 全新「精神健康與藥物濫用」網絡
- 「員工協助方案」 (Employee Assistance Program, EAP)，包括替代治療保障
- 牙科保障變化

2024 年 4 月 1 日後，有何變更？

- Tufts Health Plan (Tufts) 取代 Modern Assistance Programs, Inc. (MAP)，並作為您的「精神健康與藥物濫用」網絡提供者。您的醫療和「精神健康與藥物濫用」治療網絡，則與現時相同。現在，您看到「醫療保障」時，即包括「精神健康與藥物濫用」保障。TTufts 將為「精神健康與藥物濫用」治療，提供事先授權、案件管理和索償管理。您的 SPD 中，所示的醫療索償規則，也適用「精神健康與藥物濫用」索償。

醫療

- 事先授權計劃 2
- 醫療保障 6

員工協助方案 (EAP)

- 員工協助方案 (EAP) 20

牙科

- 牙科保障 23

**UNITE HERE
HEALTH**

(844) 267-4325 • uhh.org

P.O. Box 6020, Aurora, IL 60598-0020



Better!

本文件包含《1974年員工退休收入保障法》經修訂的重大修改摘要 (SMM)，並概述 UNITE HERE HEALTH 董事會最近所採取的行動。其所述涉及「摘要計劃說明」(SPD) 中所包含資訊的理賠福利和管理變更。本 SMM 與 SPD 中所有理賠福利的變更有關，而根據您或您雇主所選擇但不適用於您的變更和福利，也可能包括在內。

請仔細閱讀本內容，並連同您的 SPD 妥善保存，以供將來參考。
除了在本 SMM 中所描述外，SPD 中所包含的其他資訊仍將適用。

由於疫情因素，您可藉此抽空打理更多的事情，例如提交索賠或上訴，為您的新受撫養人投保，或選擇 COBRA 並安排 COBRA 的支付款項。請致電我們以獲取更多資訊。



一般的(延續)

- MAP 將管理 EAP 保障，包括短期輔導和某些替代治療服務，而您毋需分擔費用。
- 至於「收養援助保障」(Adoption Assistance Benefit)，則不再提供。
- 牙科保障更新：
 - 降低 Delta Dental Premier 牙醫保障的分擔費用。
 - 小型牙齒修復服務、根管治療、牙周病治療、口腔手術和鑲牙保養的分擔費用，均有所變更。
 - 更靈活牙科檢查、洗牙、X 光和氟素治療的頻率限制。
- 您現時某些 SPD 部份，即將獲 SMM 完全取代。

我的 SPD 有何影響？

下列為將獲取代 SPD 部份，自 2024 年 4 月 1 日生效：

- 「事先授權計劃」
- 「醫療保障」
- 「精神健康／藥物濫用和替代治療保障」
- 「牙科保障」

○ 醫療

事先授權計劃

「事先授權計劃」務求協助確保您和您的家屬，在正確地方獲得適當照顧。它有助確保您不會獲得不必要的醫療護理，並幫助您管理複雜或長期病患。T「事先授權計劃」包括就某些治療類型的「強制事先授權」，助您為自身醫療作決定。

為您回答所有的問題：(844) 267-4325 • uhh.org



醫療 (延續)

如欲事先授權，**請致電 Tufts**

| | |
|---------------|----------------|
| Medical care | (800) 462-0224 |
| 「精神健康與藥物濫用」治療 | (800) 208-9565 |

「事先授權計劃」乃非醫療意見。您仍然有責任，作任何醫療事宜決定。UNITE HERE HEALTH，即您的「健康基金」(以下簡稱「基金」)。本基金對您或您的提供者因根據「事先授權計劃」或本計劃支付保障判斷作決定而引致的後果，概不負責。

請為某些醫療服務和用品作事先授權

您接受下列任何類型治療前，均需得您事先授權。當 您使用您的 Tufts PCP 或您的 PCP 轉介您至 Tufts 人員時，您的提供者需要先得您的事先授權。若您的網絡提供者不按照「事先授權計劃」，您也不會受罰。

✓ 您的事先授權，並非保證您符合該等保障的資格。

本計劃保障支付須按照全部計劃規則，包括但不限於資格、費用分擔和不保事項。

何時要求事先授權

✓ Tufts 可能不時變更「事先授權表」。

請致電上述電話號碼與 Tufts 聯絡，索取最新資訊。

您接受或您的醫療服務提供者下列服務前，應先獲「事先授權」：

- 救護車服務 (緊急情況除外)。
- 在醫療服務提供者診所內，進行日間手術和門診手術。
- 診斷或預防檢查、掃描和測試 (包括但不限於非住院心電圖測試、人類白血球抗原 (HLA) 測試、MRA／MRI／CT／CTA／PET 測試、核子心臟科、睡眠研究和診斷聽力測試)。
- 耐用醫療設備。
- 延續護理。
- 足部矯正。

 醫療 (延續)

- 變性手術服務和某些荷爾蒙治療。
- 家居護理。
- 寧養服務。
- 醫院住院治療，但「精神健康與藥物濫用」住院除外。(<270>您毋需「精神健康或藥物濫用」入院前致電，但 Tufts 需於入院後 48 小時內了解住院情況，以便審查和協調治療。)
- 癌症治療的注射、輸液、吸入或口服藥物。
- 某些化驗。
- 低蛋白食品、非處方腸內配方及特殊治療配方。
- 醫療用品。
- 某些「精神健康與藥物濫用」服務，包括：
 - 自閉症譜系障礙的「適應訓練」或「康復護理」。
 - 家庭行為和治療服務。
 - 深切治療協調服務。您或您的提供者須於初診後 3 天內，致電通知 Tufts **(800) 208-9565**。
 - 部份住院。您或您的提供者須於部份住院治療的第一天後通知 Tufts，以便審查和協調您的治療。
 - 心理測驗和神經心理學評估，不限在住院或門診進行。
 - 腦磁激療法。
- 非常規的視光護理服務。
- 口腔健康服務。
- 物理和職業治療。
- 人造義體／義肢。
- 放射治療。
- 重建手術和醫療處理。
- 網絡提供者無法提供的特殊護理，包括「精神健康與藥物濫用」服務。

為您回答所有的問題：(844) 267-4325 • uhh.org

 **醫療 (延續)**

- 移植服務。
- 言語、聽力和語言障礙治療。

若您接受「緊急治療」(緊急入院)後入院留醫，或為「精神健康或藥物治療」入院留醫，便須於接受「緊急治療」或開始入院「精神健康／藥物濫用治療」後 48 小時內，致電您的 PCP 或 Tufts。緊急治療(包括急症室門診後的觀察或入院)或「精神健康或藥物濫用」入院，均毋需事先授權。

若您因分娩而住院，則毋需為獲事先授權而致電 Tufts。除非您自然分娩後，住院超過 48 小時，或剖腹分娩後，住院時間超過 96 小時，則需為「事先授權」而致電 Tufts。根據《初生嬰兒和母親健康保護法》(NMHPA) 提供這保障，也表示在這 48 小時期間(如適用，或 96 小時期間)，您的保障，不受限制。但是，NMHPA 並非禁止您與您(或您初生嬰兒)的主診醫療服務提供者協商後，於分娩後 48 小時(或 96 小時，如適用)前出院。

請參閱第 H-6 頁上的「保障『事先授權』規則」，了解 Tufts 何時必須回應您「事先授權」請求的資料，以及如何拒絕「事先授權」上訴的資料。

護理管理計劃

若您或家屬重傷或患重病，Tufts 可能會提議「護理管理」。「護理管理」鼓勵採用最合適兼成本效益的治療方法，並支援您的治療和進展。若您正在高風險懷孕，或患有嚴重心臟或肺部疾病、癌症、某些神經系統疾病、嚴重免疫系統疾病、嚴重創傷性損傷、重度憂鬱症、躁鬱症、精神分裂症、藥物濫用障礙，或其他 Tufts 所定的嚴重疾病或重傷，您可能會獲考慮接受「護理管理」。若 Tufts 認為「護理管理」有助您康復，Tufts 則將與您聯絡。

某些情況下，Tufts 可能會向您或家屬建議「個案管理」。「個案管理」務求為病人安排最合適醫療服務類型、級別和地方，以及用品。某些情況下，某些非保障範圍的替代服務和用品，也可獲 Tufts 授權保障。Tufts 將監控替代服務和用品是否適合。若替代服務或用品並非最適合，Tufts 則修改或終止替代服務。若 Tufts 確定您以從個案管理中受惠，Tufts 則與您聯絡。



醫療 (延續)

醫療保障

UNITE HERE HEALTH 已與 Tufts 簽約，並為您和您的家屬管理醫療保障。Tufts 根據 Tufts 與 UNITE HERE HEALTH 所簽的合約，管理您的保障。若 UNITE HERE HEALTH 提供的任何資訊與合約條款之間存在衝突，則以合約為準。您可聯絡 UNITE HERE HEALTH，索取合約副本。

如欲了解取代那些您 SPD 「保障摘要」的「醫療保障」(Medical Benefits) 部份，請參閱下表。

| 醫療保障 – 您支付項目 | 網絡提供者 | 非網絡提供者 |
|---------------------|-------|---|
| 日曆年自付費 | | |
| 日曆年自付費 | | 無 |
| 門診 | | |
| 預防護理 | | |
| 基層醫療提供者 (PCP) 門診 | | |
| 專科門診 (下圖所示除外) | \$0 | 不包括 |
| 「精神健康與藥物濫用障礙」門診 | | |
| 脊骨神經科治療每人每日曆年限 20 次 | | |
| 過敏測試、治療和注射 | | |
| 緊急和急症治療 | | |
| 緊急治療門診 | \$0 | \$0 保障僅限非 Tufts 服務區 |
| 急診室服務 | | 每次分攤付款 100 美元 若因住院、觀察 (由 Tufts 定義) 或日間手術而入院，則可豁免 |
| 專業救護車服務 | | \$0 |
| 門診服務 | | |
| 化驗 | | |
| 診斷掃描 | \$0 | 不包括 |
| 日間手術 | | |

為您回答所有的問題：(844) 267-4325 • uhh.org

 醫療 (延續)

| 醫療保障 – 您支付項目 | 網絡提供者 | 非網絡提供者 |
|--|-------------------------|----------------|
| 門診服務(Continued) | | |
| 物理、語言和職業治療 | | |
| 化療和放射治療 | | |
| 呼吸、肺部和心臟康復治療 | \$0 | 不包括 |
| 血液透析 | | |
| 部份住院、重症門診、非住院戒毒治療 | | |
| 住院治療 | | |
| 住院治療，包括「精神健康與藥物濫用」(包括住院治療) | \$0 | \$0 僅保障緊急治療 |
| 延續護理 | \$0 | 不包括 |
| 其他服務和用品 | | |
| 糖尿病教育 | | |
| 營養輔導—每人每日曆年最多 1 次評估和 12 次門診。某些服務不設門診限制。如欲更多資料，請參閱以下「保障內容」。 | | |
| 家居護理 | | |
| 寧養服務 | | |
| 耐用醫療設備 | | |
| 頭皮假髮或假髮 — 每人每日曆年 最多 350 美元 | | |
| 足部矯正 | | |
| 自閉症譜系的障礙診斷和治療 (包括但不限於應用行為分析) | | |
| 助聽器 — 每次處方變更，每耳最多 1 個 | | |
| 特殊治療配方和低蛋白質食品 | | |
| 旅行和住宿保障 | 計劃每日曆年為每人支付最多 5,000 美元。 | |

為您回答所有的問題：(844) 267-4325 • uhh.org



醫療 (延續)

自付費用限額 (僅限網絡費用)

自付費用限額 — 單一日曆年內，您最常為某些保障網絡醫療和處方藥費用的「墊底費」(又稱「自付費」)、「分攤付款」或「共同保險」而負擔「自付費用」。

每人 6,350 美元，每家庭 12,700 美元

網絡提供者

本計劃通常僅支付您接受 Tufts EPO Select 網絡提供者提供的服務、您的基層醫療提供者提供或轉介的護理服務，以及當中所需用品。僅少數例外情況，例如緊急治療和某些其他護理 (請參閱下文，了解例外情況)。

如欲尋找網絡提供者或索取您的醫療 ID 卡副本，請聯絡 Tufts。

如欲尋找提供者

請致電 Tufts

| | |
|--|----------------|
| Medical care | (800) 462-0224 |
| 「精神健康與藥物濫用」治療 | (800) 208-9565 |
| www.tuftshealthplan.com/local26 (確保您在 Tufts EPO Select 網絡中尋找提供者) | |

若您居住非 Tufts EPO Select 服務區

若您 (員工) 非居住在 Tufts EPO Select 網絡區 (由 UNITE HERE HEALTH 決定) 內，則某些網絡和 PCP 轉介規則不適用。該服務區通常包括以下「麻薩諸塞州」(Massachusetts，又稱「麻省」) 地區，也可能包括其他州的縣 (例如「新罕布什爾州」(New Hampshire) 和「羅德島州」(Rhode Island))：「巴恩斯特布爾」(Barnstable)、「布里斯托」(Bristol)、「艾塞克斯」(Essex)、「富蘭克林」(Franklin)、「罕布什爾」(Hampshire)、「漢普登」(Hampden)、「密德適士」(Middlesex)、「諾福克」(Norfolk)、「普利茅夫」(Plymouth)、「薩福克」(Suffolk) 和「窩士打」(Worcester)。Tufts 服務區可能不時變更。如有任何 Tufts 服務區問題，請聯絡 Tufts。

為您回答所有的問題：(844) 267-4325 • uhh.org

UHH 會員入口網站
移動應用程式讓您可以全
天候使用您的理賠福利！

掃描 QR 碼或在您的應用商店中
搜索「UHH 會員入口網站」。



蘋果系統



安卓系統



醫療 (延續)

| 若您 (員工) 居住在 Tufts 服務區 | | 若您 (員工) 非居住在 Tufts 服務區 |
|-----------------------|------------|--|
| 您的網絡 | EPO Select | 「麻薩諸塞州」、「新罕布什爾州」或 「羅德島州」內的醫療： Tufts PPO 「麻薩諸塞州」、「新罕布什爾州」或 「羅德島州」外的醫療： Cigna PPO |
| 轉介 | 需要 | 毋需 |

您可致電 Tufts 會員 ID 卡上的號碼或瀏覽 mytuftshealthplan.com 或 mytuftshealthplan.com/CignaPPO.

無論您居住在那裡 該計劃為您提供的保障、服務類別和用品種類，均為相同。該「事先授權規則」（請參閱上述「事先授權計劃」），仍然適用。您接受任何所列服務或用品類別前，應確定您或您的提供者已致電 Tufts。若您接受未經批准、並非保障或非醫療必需的治療、服務或用品，您須支付 100% 醫療護理費用。

非網絡提供者可作為網絡提供者

下列特殊情況下，本計劃會以「網絡費用分擔」形式，支付「非網絡服務」費用，而該「網絡費用分擔」將算入您的「自付費用」限額。

某些情況下，您可能需要支付「允許費用」(allowable charge) 與提供者「實際收費」之間的差額（稱為「餘額帳單」）。其他情況，該提供者無法採用「餘額帳單」。若欲了解該提供者能否向您發出帳單，請參閱下表。

在以下情況，「非網絡提供者」可視為「網絡提供者」：

- 緊急治療

您從「非網絡提供者」獲得緊急治療。「非網絡提供者」無法為您的緊急治療而採用「餘額帳單」。(請參閱 2022 年 8 月 SMM，了解「緊急醫療」的定義。)

- 您使用「網絡醫院」或「網絡非住院手術中心」

您可透過前往「網絡醫院」(包括門診部) 或「網絡門診手術中心」，而獲得「非網絡提供者」服務和用品的保障。「非網絡提供者」無法採用「餘額帳單」。可是，若您向您的醫護人員遞交「知情同意書」，表示同意放棄「餘額帳單」保障（若不同意，便毋需遞交），則不適用此規定。

 **醫療 (延續)**

- 救護車服務

您使用「非網絡救護車服務」(如「救護車」、「救護船」或「救護飛機」)。「救護飛機」無法採用「餘額帳單」。「救護車」和「救護船」可採用「餘額帳單」。

- 提供者目錄錯誤

您根據計劃的提供者目錄、「基金」或 Tufts 告訴您某個提供者在網絡中，但該提供者實際上，並非在您的網絡中。若您認為此規則適用於您的索償，請聯絡 Tufts。提供者可能會採用「餘額帳單」。請謹記查詢，以便了解該提供者是否在您的網絡中。

- 您的提供者離開網絡

若您正在接受「離開網絡提供者」的治療，而您是聯邦法律定義的「持續護理病人」，並因為：

- 您已懷孕和正在接受懷孕護理。
- 您正在為嚴重兼複雜的疾病，而需要接受專科治療。
- 您正在接受住院治療。
- 您已安排「必要手術」(包括手術後護理)。
- 您的病已到末期 (預期壽命為 6 個月或以下)。

該「基金」可能繼續為您從該提供者獲得保障服務，而支付「網絡保障」，並以 90 天為限 (或直至您的持續治療完結，以較早者為準)。這情況下，「非網絡提供者」無法採用「餘額帳單」。

若您的提供者離開網絡，您將收到通知。若您認為自己符合「持續護理病人」資格，並希望繼續從您的服務提供者接受治療，請務必與 Tufts 聯絡，電話：**(800) 462-0224**。請務必盡快致電 Tufts，並不得在收到通知後 90 天才致電。

若您的持續護理請求遭拒絕，您將得到拒絕信和上訴權利。若上訴「持續護理申請遭拒絕」，則為「服務前索償上訴」。

某些其他有限情況下，您也許可以繼續向您的 PCP 求醫。如欲更多資料，請聯絡 Tufts。

- 緊急治療

當您 在「非 Tufts EPO Select 服務區」旅行時 (或者，若您非居住在「Tufts 服務區」，或當您在「麻薩諸塞州」、「新罕布什爾州」和「羅德島州」以外地區旅行時)。提供者可能會採用「餘額帳單」。

 **醫療 (延續)**

- 「網絡提供者」中，並沒所需專科
若「網絡提供者」中，並沒所需專科。您接受治療前，僅需先得 PCP 轉介和「事先授權」即可。提供者可能會採用「餘額帳單」。

若您認為根據這些規則，未正確支付索償，則可提出上訴。請參閱 SPD 的「索償和上訴條款」標題部份，了解上訴索償資料，包括您的外部審查權利。

您的基層醫療提供者 (PCP)

- ✓ 獲得非緊急保障付款前，您必須先有 PCP。
如欲選擇 PCP，請致電 Tufts：(800) 462-0224.

- ✓ 專科治療前，請先獲 PCP 轉介。

本計劃通常僅在您的 PCP 協調治療或轉介您到專科時，才提供保障。您有權選擇任何參加 Tufts EPO Select 網絡的 PCP，而該名 PCP 可接受您或您的家庭成員。您們可選擇相同的 PCP，也可各自選擇自己的 PCP。您可選擇兒科醫生，成為您子女的 PCP。

您需要 PCP 轉介，方可看專科醫生或獲得某些醫療服務。您的 PCP 還須批准，任何您專科醫生轉介您到其他提供者的門診。您必須先獲得接受治療的轉介或批准，否則不獲任何保障支付，而您須負責該費用。若您需要住院「精神健康或藥物濫用」服務，但因下班時間而無法立即致電通知您的 PCP，請致電 Tufts：(800) 208-9565.

但是，您毋需 PCP 轉介，即可從「網絡提供者」獲得以下服務：

- 緊急治療，包括來自「非網絡提供者」的緊急治療。若您已入院留醫，您（或您的代理人）須於接受治療後 48 小時內，致電您的 PCP 或 Tufts。
- 「精神健康與藥物濫用」服務。（某些服務可能需要「事先授權」。）您須於入院兼住院，或接受深切治療協調服務後 48 小時內，致電您的 PCP 或 Tufts。
- 非 Tufts 服務區的緊急治療，包括來自「非網絡提供者」的緊急治療。但是，您必須聯絡您的 PCP，從而得到任何後續治療。

 **醫療 (延續)**

- 當您使用「網絡獨立緊急治療中心」、「網絡有限服務醫療診所」或「網絡流動緊急治療單位」時，您可在 Tufts 服務區內接受緊急治療。「有限服務醫療診所」是毋需預約的診所，通常位於商店內，例如 CVS Minute Clinic。(如需在醫療服務提供者的診所或醫院門診診所進行緊急治療，請務必先得您的 PCP 轉介。)
- 由產科醫生、婦科醫生、註冊護士、登記助產士、家庭醫生或任何其他執業人士，就自身許可範圍內，提供以下服務：
 - 產婦護理。
 - 因為急性或緊急婦科情況，而必需提供評估和相關醫療服務。
 - 年度例行婦科檢查，包括任何後續產科或婦科護理，而這些檢查結果是醫療必要。
- 按照下列時間進行乳房 X 光檢查：35-39 歲為起線、40 歲及以上每日曆年一次，或其他醫療必要情況。
- 脊骨神經科治療。
- 終止懷孕。
- 唇裂或顎裂的 18 歲以下兒童接受牙科手術、矯正治療和管理，或預防性和修復性牙科治療。
- 口腔手術
- 視光服務提供者提供醫療治療。

若您最近符合資格或您的 PCP 離開 Tufts 網絡，則在某些情況下，您也許可以在有限時間內，繼續向您的 PCP 求醫。如欲更多資料，請聯絡 Tufts。

除非您是住院病人或部份住院計劃的病人，否則您可隨時更換自己的 PCP。請務必詢問 PCP，他／她是否正在接收新病人。您向 Tufts 「會員人員」(member specialist) 報告您的選擇，而 Tufts 批准該變更後，該更改方可生效。

若您非居住在 Tufts 服務區（如上面「網絡提供者」部份所述，您應該選擇一名 PCP，但您毋需 PCP 轉介，即可向專科醫生求醫。但是，您的 PCP 可協助您找到專科醫生，並確保您獲得正確後續治療。The Fund 本基金謹此勸喻，您選擇 PCP 來協助協調您的治療。

 **醫療 (延續)**

您支付哪些費用

您必須支付您的支付「分攤費用」(例如「分攤付款」)，即保障費用分攤。當您接受「非網絡服務提供者」服務時，您還必須支付任何非保障範圍內的費用(請參閱下列的「不保的費用」以了解更多資料)，包括「超過『允許費用』(allowable charge) 的任何金額」(請參閱您的 SPD，了解「允許費用」定義)、「任何因未能獲得轉介，而不支付的金額」，或「達最大保障或限制後，而收取的費用」。

當您向「網絡提供者」求醫時，務必表示自己是 Tufts 會員。若您不表示自己是 Tufts 會員，您可能需要支付全部醫療費用。

請參閱上述「保障摘要」以了解您的「費用分擔」摘要。

分攤付款

該計劃通常支付 100% 保障費用。可是，您須支付 100 美元急診室治療「分攤付款」。若您立即入院留醫、觀察(根據 Tufts 的定義)或接受日間手術，則可豁免「分攤付款」。若您在急診室登記，但在沒有接受治療而離開該醫療機構，您可能需要支付 100 美元的急診室「分攤付款」。

如欲更多「分攤付款」資料，請參閱 SPD 中的「定義部份」(Definitions Section)。

網絡費用的自付費用限額

您為多數保障網絡醫療和處方藥費用的「自付費用」，上限為每人每日曆年 6,350 美元(每個家庭 12,700 美元)。當您的保障費用的「自付費用」達到這些限額，該計劃通常會在該日曆年的剩餘時間內，支付 100% 您(或您家人)的網絡醫療和處方藥保障費用。根據 SPD 標題為「處方藥保障」的部份，您為「處方藥費用」支付的「自付費用」，也計入此「自付費用限額」。

請參閱SPD 中的「定義部份」(Definitions Section)，了解「自付費用限額」詳情。

保障項目

該計劃僅支付的損傷或疾病保障，與您工作無關。該等保障均根據您的網絡 PCP(請參閱「您的基層醫療提供者(PCP)」下的例外情況)，預先提供或授權的醫療必需護理和治療，最後出現保障服務的「允許費用」而定。

 **醫療 (延續)**

- **根據聯邦法律的要求**, 預防護理服務 (請參閱 SPD 中的 I-6 頁)。根據您的性別、年齡和健康狀況, 某些限制或規則可能適用於您何時及如何接受「預防護理」。
- **醫院收費:**
 - 除非治療需要「私家房」, 否則「食宿」最高可達「半私家」價格, 以及醫院實際管理的其他住院服務。
 - 醫院實際管理門診服務。
- **門診診斷和治療疾病或損傷**, 包括評估、輔導和精神科協作護理服務等。
- **診所內進行門診手術**
- 「**精神健康與藥物濫用障礙**」治療, 包括住院和戒毒中心治療、門診護理、部份住院、重症門診護理、門診戒毒與藥物輔助治療, 包括美沙酮代用療法或治療。Tufts 可能指當中某些服務為「行為健康服務」。雖然您毋需 PCP 轉介, 但某些服務可能需要「事先授權」或通知。如欲更多資料, 請聯絡 Tufts。
- **自閉症譜系障礙**的診斷與治療, 包括「應用行為分析」(applied behavioral analysis, ABA) 療法。您必須獲得本計劃事先授權, 本計劃才會提供「適應訓練」或「康復護理」(包括 ABA 治療) 的保障。
- **脊骨神經科** (每人每日曆年最多 20 次)
- **物理和職業治療** 提供:
 - 因意外損傷或疾病而喪失或受損的功能, 需要「康復治療服務」來恢復。您須於接受服務後 60 天內, 明顯改善, 方為治療的直接結果。
 - 因殘疾而從未學過或擁有的日常生活技能和功能, 需要「適應訓練服務」來維持、學習或提高。
- 提供短期 **認知康復和再訓練計劃** 以恢復因意外損傷或疾病而喪失或受損的功能。您必須期望在合理兼可預測的時間內, 取得可衡量的改善。
- **呼吸治療和肺部康復** 服務。
- **言語、聽力和語言障礙** 的診斷和治療。

為您回答所有的問題: (844) 267-4325 • uhh.org

 **醫療 (延續)**

- 您獲確診患有心血管疾病後 26 週內，開始治療心血管疾病的門診 **心臟康復** 服務。心臟康復的維持階段，並非保障範圍。
- **早期介入** 服務，為初出至三歲的受扶養子女提供。
- **過敏測試和治療**，包括抗原和過敏注射。
- 若您患有嚴重「糖尿腳」，請使用**足部矯正器**或配件。
- 若您已回家（由 Tufts 確定），可使用**家居護理**
- 門診**血液透析**，包括「家居血液透析」和「家居腹膜透析」。
- **化療和放射治療**
- **可注射、輸注或吸入的藥物**，包括但不限於全腸外營養治療、化學治療和抗生素，屬於下列其中一種：
 - 必需兼作為門診診斷或治療疾病或損傷的重要部份。
 - 接受家居藥物管理服務，而該服務由家庭輸液提供者提供。
- **日間手術**和相關麻醉費用，而您預計當日出院。
- **醫療用品**，包括造口、氣管造口和導管用品。
- 由醫生處方的**特殊治療配方食品、非處方腸內配方食品及低蛋白食品**，但僅限以下情況：
 - 用於治療「胺基酸」和「有機酸」遺傳病的低蛋白食物。
 - 用於治療某些疾病的家用「非處方腸內配方奶粉」。
 - 因牛奶或大豆蛋白不耐症而醫學所需的嬰兒配方奶粉、早產兒的配方奶粉，以及生長遲緩的補充配方奶粉。
 - 治療某些疾病的其他特殊治療配方奶粉。
- **門診診斷掃描、X 光和化驗服務**。
- 由**專業救護車服務**提供的運送，包括緊急治療的「救護車」、「救護船」或「救護飛機」的運送，以及「您的健康狀況無法透過任何方式安全運送」或「在醫療設施間轉移」時的「非緊急救護車運送」。若您接受急救人員或其他救護人員的治療，但您拒絕前往醫院或其他醫療機構，您將承擔急救人員或其他救護人員提供治療的費用。

為您回答所有的問題：(844) 267-4325 • uhh.org

 **醫療 (延續)**

- **產婦護理費用**，包括醫療專業人士門診提供的產前和產後護理，以及醫院和分娩服務。
- 在專業護理、康復或慢性病服務機構中，提供**延伸護理服務**。
- 某些病人治療服務作為合資格**臨床試驗**一部份，若接受該等治療並非作為臨床試驗的一部份，而等同癌症或其他危及生命疾病的治療，則該等服務也可獲得保障。
- 轉移性乳癌治療的**骨髓移植**。
- **造血幹細胞移植和人體實體器官移植**，均在 Tufts 指定的移植設施內提供。僅任何計劃未提供保障時，才會得到捐贈者費用和捐贈者搜尋費用的保障。若您是幹細胞或器官捐贈者，則毋需支付任何保障。
- 因骨髓移植而接受的「**人類白血球抗原測試**」(Human leukocyte antigen testing) 或「**組織相容性位點抗原測試**」(histocompatibility locus antigen testing)。
- 為預期壽命不超過 6 個月的人士，提供**寧養服務**和用品。末期病人離世後 1 年內，為家屬提供喪親輔導服務保障。
- **乳房切除**，包括重建切除乳房手術（重建）、乳房看起來均勻的手術和重建另一個乳房、隆胸和安裝義乳，以及治療乳房切除引起的身體健康問題，包括淋巴腺腫脹（淋巴水腫）。
- **乳房、手臂和腿部的人造義體／義肢**
- 為 18 歲以下兒童，提供**唇裂和顎裂治療**的醫療所需費用，以及管理和後續護理的相關服務。
- **非常規視光服務**，包括白內障手術或其他更換眼睛天然晶狀體手術後，一副眼鏡鏡片和標準鏡框。
- 當您需要牙科機構來安全地進行牙科治療時，包括若您因身體或行為病症（例如自閉症或阿茲海默症），而嚴重限制您與必要治療的合作能力，該計劃牙科保障便提供**牙科手術的設置費用**。
- 合資格糖尿病醫療專業人士提供門診**糖尿病自我管理培訓**以及教育服務。

為您回答所有的問題：(844) 267-4325 • uhh.org

 **醫療 (延續)**

- **營養輔導**，每人每日曆年最多 1 次評估和最多 12 次門診。「營養輔導門診」視為「預防護理」、提供為「家居護理」或「糖尿病自我管理培訓」的一部份，或為「精神健康」或「藥物濫用診斷」的治療，均則不計入也不受每人每日曆年 12 次門診限制。
- **頭皮假髮或假髮**，每人每日曆年最多 350 美元。
- **耐用醫療設備 (DME)**，例如，電動／機動輪椅、吸乳器、顱腦頭盔、血糖監測儀、壓力襪 (每 365 天最多 3 雙)、助聽器 (每次處方變更，每耳最多 1 個)、胰島素泵、治療「睡眠窒息症」的「訂造口腔矯正器」、「氧氣濃縮機」、義手、義腳或義乳以外的人造義體／義肢 (請參閱這些各義體的保障費用)，以及其他類似醫療設備或裝置。必須從簽約提供者購買或租用 DME，方可視為保障費用。Tufts 必須確定該 DME 是最合適數量、供應或服務水準，以及是否租用或購買 DME。
- 為確診為「性別焦慮症」的人士提供**變性手術**及相關費用 (例如化驗工作、X 光檢查或診所門診等)。該計劃將保障單次變性的外科手術，包括醫學上必要的矯正手術 (例如，若該計劃保障將您的性別從男性更改為女性的手術，則該計劃將不會支付將您的性別改回男性的費用)。您必須年滿 18 歲，並獲得多項手術服務的「事先授權」。
- 若您居住的州無法提供某些保障服務，而您必須駕行超過 100 英里才能獲得這些服務，則可報銷合理的**旅程、住宿和餐飲費用**。每人每日曆年報銷上限為 5,000 美元。可能適用其他限制和規則。如欲更多資料，請致電 Tufts (800) 462-0224。

不保項目

一般不適用於緊急醫療項目，如下表。可是，本基金不論任何情況，仍然不為任何不保治療 (例如，本基金不保任何非醫療必要的治療)，提供保障。

請參閱您的 SPD 的第 E-2 頁，了解該計劃的「一般排除和限制項目表」。除該表外，本計劃不會為下列醫療、服務和用品，提供保障或與之相關的保障：：

- 除非指定為保障範圍，否則為「非網絡治療」。
- 除非指定為保障範圍，否則未經您的 PCP 批准、轉介或管理的治療、服務或用品，均為「不保項目」。

 **醫療 (延續)**

- 除「預防護理服務」外，治療損傷、疾病或懷孕的非必要治療、服務或用品，均為「不保項目」。
- 若出現「較底密集程度的服務、用品或藥物」、「可以安全兼有效地提供更具成本效益的替代方案」，或「可在較低密集地方內，安全兼有效地提供服務、用品或藥物」，該等服務、用品或藥物均為「不保項目」。
- 該等服務、用品或藥物，主要是為您或他人的個人舒適或方便而提供，均為「不保項目」。
- 看護為「不保項目」。
- 除非另有規定，否則在醫院或其他醫療設施外使用的藥品、藥品、物料或用品，均為「不保項目」。
- 第三方所需的非醫療必需的治療、服務或用品，均為「不保項目」。
- 除非牙科手術明確規定保障費，否則若該手術並非保障費用，該等設施費或相關服務，均為「不保項目」。
- 整容手術、手術、用品、藥物或器具，均為「不保項目」。除非該手術是為了下列任何一種情況：
 - 舒緩疼痛或恢復因先天缺陷、出生異常、外傷或保障外科手術而受損的身體功能。
 - 乳房切除的相關服務，如「保障內容」中所述。
 - 移除隆乳費用，但僅限證實為「乳房切除手術」後的「植入物」或「矽膠植入物」破裂，而出現感染或「自身免疫病」。
- 在家分娩或「未經醫療專業訓練的助產士／陪月」(Doula) 的相關服務，均為「不保項目」。
- 除確診服務除外，不孕症治療服務，均為「不保項目」。
- 與逆轉變性手術或逆轉自願絕育的相關服務、藥物、手術、服務或用品，均為「不保項目」。
- 即使這些服務與傳統醫學一起提供，但所有非傳統醫學服務及與此類藥物相關的所有相關測試、服務、用品、醫療處理和補充劑，均為「不保項目」。然而，這些服務可能是 EAP 保障範圍內。
- 多項提供教育、職業、娛樂或個人發展活動的服務（包括指導為本的計劃），包括但不限於治療學校、露營、荒野或牧場計劃、體育或表現增強計劃、水療或度假村、領導能力或行為輔導或「外展訓練」(Outward Bound)，均為「不保項目」。當您參加「指導為本」計劃，為持牌「網絡提供者」提供醫療所需「精神健康與藥物濫用」服務。那服務便根據本計劃規則，可在保障範圍內。

為您回答所有的問題：(844) 267-4325 • uhh.org

 **醫療 (延續)**

- 減少打鼾的裝置和醫療處理，均為「不保項目」。
- 私人護士，均為「不保項目」。
- 除非您獲確診患有糖尿病，否則請進行常規足部護理、平足或足部部份脫位的治療，或矯形鞋和不屬於支架一部份的相關物品。若您患有嚴重的「糖尿腳」，某些治療／模壓鞋和鞋墊可能會受到保障。如欲更多資料，請致電 Tufts。
- 除非明確保障，否則教育目的的考試、評估或服務，均為「不保項目」。
- 職業康復或再訓練服務，均為「不保項目」。
- 學習障礙治療服務、行為問題服務，以及在學校中的治療言語、聽力和語言障礙服務，均為「不保項目」。
- 非醫療性質或主要用於非醫療目的的設備，即使此類設備具有限「醫療設備」用途，但均為「不保項目」。
- 若您拒絕送往醫院或其他醫療機構，則由急救人員或其他救護人員提供治療，均為「不保項目」。
- 州或地方法律要求，在公共設施內治療病症，這治療條件為「不保項目」。
- 您或家屬訂購多個測試，即使該等測試由獲許可實驗室提供，也為「不保項目」。
- 醫療專業人士收取作為使用條件的費用或保障任何便利設施的費用，均為「不保項目」。
- 除非 Tufts 合約明確規定，否則與牙齒或牙科護理，以及手術拔牙的相關治療、護理或服務，均為「不保項目」。然而，牙科保障可能包括這些服務。
- 除非 Tufts 合約中明確規定，顎頷關節障礙相關治療，包括顎頷關節矯正器、咬合調整或其他顎頷關節矯正器的相關治療，均為「不保項目」。
- 包皮環切術，因可在醫院以外的任何地方、日間手術或醫療專業人士的診所內進行，故為「不保項目」。
- 購買電動醫院級吸乳器或捐贈母乳，均為「不保項目」。
- 針灸，可能是「不保項目」。然而，這些服務可能是 EAP 保障範圍內。
- 口服避孕藥或非處方避孕藥，可能是「不保項目」但是，這些服務可能包括在處方藥保障範圍內。
- 減肥計劃和診所為「不保項目」，但為預防護理服務則除外。
- 服務或治療動物及相關用品，均為「不保項目」

為您回答所有的問題：(844) 267-4325 • uhh.org

 **醫療 (延續)**

- 與非保障服務的相關服務，均為「不保項目」。
- 精神分析、催眠治療以及兒童青少年行為健康中間護理和門診服務，以下項目為「不保項目」：
 - 病人有預先確定治療期限的計劃，而 Tufts 無法同時確定個人持續治療是否必須；
 - 該等計劃並非基於個人化治療計劃，而提供會面或活動；和
 - 該等計劃僅注重改善人際互動或其他技能，並非與特定「精神健康或藥物濫用障礙」相關，而提供症狀減輕和功能恢復的服務。
- 生理回饋訓練，尿失禁除外，以及神經肌肉刺激器和相關用品，均為「不保項目」。
- 除非另有說明，否則交通或住宿均為「不保項目」。
- 根據 UNITE HERE HEALTH 與 Tufts Health Plan 之間的合約，任何 Tufts 認為和排除保障以外的治療、服務或用品。

 **員工協助方案 (EAP)**員工協助方案 (EAP)

UNITE HERE HEALTH 已與 Modern Assistance Programs, Inc. (MAP) 簽訂合約，為您和您的家屬管理 EAP 保障。

如欲了解取代那些您 SPD 「保障摘要」的「員工協助方案」(Modern Assistance Programs, Inc., MAP) 部份，請參閱下表。

為您回答所有的問題：(844) 267-4325 • uhh.org



員工協助方案 (EAP) (延續)

員工協助方案 (EAP)

MAP 輔導服務

| | |
|------|----------------|
| 短期輔導 | 每人每日歷年每期 8 次會談 |
|------|----------------|

MAP 網絡提供者的替代治療服務

| | |
|-------------------|---------------|
| 針灸 | 每人每日曆年 20 次門診 |
| 中醫門診，包括門診期間提供草藥治療 | |
| 自然療法門診 | 每人每日曆年 12 次門診 |
| 按摩療法 | |

EAP 為您提供個人和工作問題的幫助，並配合替代治療服務，完全免費。MAP 輔導員提供的輔導，可以是親身、致電或視像的，並可解決廣泛問題，包括壓力、工作或家庭問題、關係不和、藥物濫用、養育子女的挑戰，以及悲傷。MAP 擁有替代治療服務提供者網絡。您可以向網絡提供者求醫，毋需 MAP 的轉介或批准，但不得超過上述限制。

保障項目

- 問題評估和有限兼短期輔導會談（親身、致電或視像），每人每日曆年每期最多 8 次。
- 轉介社區資源，尋求住屋、法律和財務援助。
- 替代治療服務，如下：
 - 針灸，每人每日曆年最多 20 次。
 - 傳統中醫治療，包括門診期間提供草藥治療，每人每日曆年最多 12 次。

如欲更多 EAP 資訊、尋找替代治療提供者或全年無休協助，請聯絡：

Modern Assistance Programs, Inc. (MAP)

300 Congress St., Suite 104
Quincy, MA 02169

(617) 774-0331
(「麻薩諸塞州」境內)

(800) 878-2004
(「麻薩諸塞州」以外)

www.modernassistance.com

為您回答所有的問題：(844) 267-4325 • uhh.org



員工協助方案 (EAP) (延續)

- 自然療法門診，每人每日曆年最多 12 次。
- 按摩治療，每人每日曆年最多 12 次。
- 本基金與 MAP 合約中，規定的其他服務。

不保項目

- 輔導會談並非 MAP 直接提供，也並非您達每人每日曆年每期 8 次會談限制後提供。然而，輔導服務可能包括在醫療保障內。
- 您達到上述替代治療服務限額後，可能改由非網絡提供者提供。
- 自然療法化驗和自然療法補充劑。
- 本基金與 MAP 之間的合約中，並未指定的服務。
- 您的保障資格結束後，而提供的服務。(EAP 保障包括在 COBRA 延續保險範圍內。)

索償

此資訊在您 SPD 的「索償申請和上訴條款」(Claim filing and appeal provisions) 部份中新增。

EAP 索償

本基金直接向 MAP 支付輔導服務費用。您毋需申請索償。MAP 的網絡提供者應為您的替代治療服務，直接向 MAP 提出索償。但是，若您需要提出索償，應在索償產生日起 18 個月內，郵寄索償申請至 MAP。

Modern Assistance Programs, Inc. (MAP)

300 Congress Street, Suite 104
Quincy, MA 02169

所有 EAP 拒絕索償的上訴，須於收到拒絕後 12 個月內提出。請參閱您 SPD 的「索償申請和上訴條款 (Claim filing and appeal provisions)」部份，了解有關第二級上訴、索償和上訴確定時間框架，以及因您不符合資格而遭拒絕索償申請的資訊。EAP 索償，均不符合外部審查的條件。

為您回答所有的問題：(844) 267-4325 • uhh.org



牙科保障

UNITE HERE HEALTH 已與 Delta Dental of Illinois (Delta Dental) 簽約，為您和您的家屬管理牙科保障。

如欲了解取代那些您 SPD 「保障摘要」的「牙科 PPO 保障」(Dental PPO Benefits) 部份，請參閱下表。

| 牙科 PPO 保障 | Delta Dental PPO 和 Delta Dental Premier 提供者 | 非網絡提供者 |
|---|---|-----------|
| 每日曆年最高牙科 (非牙齒矯正科) 治療保障 | 每人 2,000 美元 | |
| 牙齒矯正治療的終身最大保障 | 每人 3,000 美元 | |
| 每日曆年自付費 | 無 | |
| 服務說明 | | 牙科保障的護理費用 |
| 診斷和預防服務 (例如：口腔檢查、緊急紓緩治療、X 光、常規洗牙、氟素治療、牙科密封劑和保持牙隙空間器等) | \$0 | 20% |
| 小型牙齒修復服務 (例如：補牙、不鏽鋼牙冠) | 補牙 0 美元；所有其他服務 10% | 40% |
| 根管治療服務 (例如：根管治療) | 10% | |
| 牙周服務例如：洗牙跟牙根整平、全口清創、牙周 (牙齦) 維護、某些外科牙周服務) | 10% | |
| 口腔外科 (例如：拔牙 (簡單和手術)，某些鎮靜醫療處理) | 10% | |
| 牙齒修復維護例如：假牙修復和牙冠) | 10% | |
| 牙齒修復服務 (例如：全口或局部假牙、牙橋、假牙調整) | 40% | 60% |
| 主要修復服務 (例如：冠蓋體、牙冠) | 40% | |
| 植牙 | 40% | |
| 牙齒矯正服務 | 50% | 50% |

為您回答所有的問題：(844) 267-4325 • uhh.org



牙科 (延續)

網絡提供者與非網絡提供者

本計劃根據您從「網絡提供者」或「非網絡提供者」得到治療，而支付保障。

- ✓ 您的網絡是 Delta Dental PPO 網絡。

- ✓ Delta Dental Premier 牙醫並非 PPO 網絡提供者。若您採用 Delta Dental Premier 牙醫，本計劃將支付網絡保障。Premier 牙醫的折扣較 PPO 牙醫低，因此採用 Premier 牙醫會比 PPO 牙醫支付較高費用。但是，Premier 牙醫並非「非網絡牙醫」，因此不會向您收取「餘額帳單」。(這表示他們不會向您收取 Delta Dental 「允許費用」與「牙醫實際費用」之間的差額。)

如欲尋找您附近的網絡提供者，請聯絡：

**Delta Dental
of Illinois**
(800) 323-1743

www.deltadentalil.com

您支付哪些費用

您必須支付保障費用的「費用分擔」(共同保險)。您還必須支付任何並非保障的費用，包括任何超過「非網絡牙醫」向您收取的「允許費用」的金額。

最高保障s

為「非牙齒矯正」提供最高牙科保障

本計劃為每人每日曆年提供高達 2,000 美元的牙科護理費用 (網絡和非網絡總計)。當本計劃支付這項最高保障，則不再於當年剩餘時間內，支付任何牙科護理費用。

Delta Dental 可能允許您將年度最高限額的全部或部份未使用部份，轉入「非牙齒矯正治療」，最高可達 2,000 美元。您須於整日曆年內，均符合牙科保障資格。在這日曆年間，您曾提交至少一項適用於您年度最高保障的索償。請聯絡 Delta Dental，了解全部或部份撥入最大保障的詳情。

最高牙齒矯正治療保障

該計劃為每人終生支付最多 3,000 美元，用作牙齒矯正治療費用 (網絡和非網絡合計)。當本計劃支付這項最高保障，則不再於當年剩餘時間內，為任何「牙齒矯正」治療，支付費用。

為您回答所有的問題：(844) 267-4325 • uhh.org



牙科 (延續)

替代治療

若有一種費用更低兼最少與您牙科治療同樣有效的非同類治療，「允許費用」則以較便宜「替代治療類型」作為基礎。若「替代牙科治療類型」同時符合以下兩種情況，則適用此規則：

- 通常由 UNITE HERE HEALTH 或其代表確定和治療您的牙齒情況。
- 根據當前國家牙科實例，多數牙醫均認為適合。

保障項目

「保障費用」指牙醫就下列服務和用品類型，而收取全部「允許費用」。Delta Dental 必須確定該服務或供應，除了基於有效牙科需求，並根據公認牙科實例標準進行，才獲視為保障費用。

某些服務和用品的保障頻率，均有限制。若自上次提供服務或用品後，還沒到下列所示時間，您可能需要支付 100% 費用。您可隨時致電 **(800) 323-1743** 聯絡 Delta Dental，了解上次獲得特定服務或用品保障的時間。從您最近接受服務或用品的日期，開始計算時間限制。時間限制，按連續月份或年份來計算。

若您需要並未於下列列出的服務或用品，請聯絡 Delta Dental，了解是否有任何適用限制。

診斷和預防服務

- 口腔檢查，包括牙周檢查和針對問題的檢查。
- 全面牙科檢查—每位牙醫每 60 個月 1 次。
- 定期牙科檢查—每日曆年 2 次。
- X光：
 - ▶ 口內小型X光片。
 - ▶ 小型X光片—每日曆年 2 次。
 - ▶ 全口 X 光檢查 (包括全景和垂直小型X光片) —每 60 個月 1 次。
- 診斷鑄型。
- 牙髓活力測試—每次門診 1 次。

 牙科 (延續)

- 牙漬 (清洗) — 每日曆年 2 次。
 - ✓ 若您符合某些條件，則可能符合每日曆年額外洗牙服務的資格。請參閱下列的「增強保障計劃」。
- 19 歲以下兒童，每日曆年局部塗氟 2 次。
 - ✓ 若您符合某些條件，也可能符合局部塗氟資格。請參閱下列的「增強保障計劃」。
- 14 歲以下兒童的保持牙隙空間器 — 一生每顆牙齒 1 個。
- 14 歲以下兒童的保持牙隙空間器再矯正 — 一生每顆牙齒 1 次。
- 為 16 歲以下受扶養兒童，以及近期有蛀牙兼有蛀牙風險的 16 歲至 19 歲兒童，在未修復恆齒臼齒上，提供密封劑 - 每顆牙齒每 4 年 1 次。
- 緊急紓緩治療 (暫時舒緩疼痛和不適) — 每 12 個月 3 次。
- 牙醫診所完成洗牙跟牙根整平後，使用和獲派氯己定漱口水。
- 在牙醫診所完成牙周手術後，使用和分配的氟化物牙膏。

小型修復服務

- 以銀汞合金或樹脂為主要成分的複合材料填充物 — 每 24 個月每個表面 1 次。
- 鎮靜補牙 — 一生每顆牙齒 1 次。
- 重鑲嵌體、冠蓋體、部份覆蓋修復體、鑄造或預製牙樁，以及牙冠 — 每顆牙齒每 12 個月 1 次。
- 僅在乳齒 (乳牙) 上安裝預製不銹鋼牙冠 — 每 24 個月每顆牙齒 1 個。

根管治療服務

- 牙髓治療 (可吸收填充物) 和根管治療 — 一生每顆牙齒 1 次。
- 齒根尖切除 (即「杜牙根」) — 每 24 個月每顆牙齒 1 次。
- 逆行填充 — 每根填充 1 個。

為您回答所有的問題：(844) 267-4325 • uhh.org

 牙科 (延續)牙周服務

- 牙周治療，包括治療牙齦和支撐牙齒骨骼的疾病—每 24 個月每個象限 1 次。
- 牙齦切除或牙齦成形術；齦瓣手術。
- 臨床牙冠延長（硬組織）。
- 牙骨手術（包括皮瓣進入和閉合）—每 36 個月每邊限 1 次。
- 引導組織再生。
- 骨置換和軟組織移植。
- 牙周刮治和牙根整平。
- 全口清創術—一生 1 次。
- 牙周維護—每 3 個月 1 次，不與定期清潔同時進行。
 - ✓ 若您符合某些條件，則可能符合每日曆年額外牙周維護的資格。請參閱下列的「增強保障計劃」。

口腔手術

- 簡單的拔牙。
- 手術切除爆牙，需要抬高黏骨膜瓣，並移除骨頭和／或牙齒部份。
- 移除受影響牙齒（軟組織、部份骨性和完全骨性）。
- 意外拔出或移位的牙齒和／或齒槽的牙齒再植／穩定。
- 透過手術取出爆牙。
- 口腔組織切片檢查；刷檢活檢。
- 齒槽成形術。
- 手術切除軟組織或骨內病變。
- 其他保障的手術／修復醫療處理。
- 保障外科服務，必要時進行深度鎮靜／全身麻醉。
- 靜脈清醒鎮靜／鎮痛，與口腔手術（簡單拔牙除外），最長可達一小時。

為您回答所有的問題：(844) 267-4325 • uhh.org

 牙科 (延續)口腔修復維護

- 修復全口假牙和局部假牙 — 每 12 個月 1 次。
- 固定局部義齒 (牙橋) 修復。
- 牙冠修復。
- 更換缺失或斷裂的牙齒。
- 在現有局部假牙上，新增牙齒或卡環。
- 更換鑄造金屬框架上的所有牙齒和丙烯酸樹脂。.
- 暫時局部假牙可取代 6 顆上門牙或下門牙中的任何一顆，但前提是在牙齒脫落癒合期間立即安裝。
- 用於 16 歲以下兒童替換恆牙的暫時局部假牙。
- 義齒重新基底 — 每 36 個月 1 次。
- 假牙修復 — 每 36 個月 1 次。

牙齒修復服務

- 全口假牙和局部假牙。
- 全口假牙和局部假牙的調整 — 每 12 個月 2 次。
- 橋體。
- 固定局部義齒保持器 (嵌體、冠蓋體或牙冠) 。
- 新牙固定局部義齒 — 一生 1 顆。
- 鑄造或預製樁核；核心建設。

主要康復服務

- 冠蓋體 (僅限恆牙) 。
- 牙冠和陶瓷修復體 (僅限恆牙) 。
- 銳固定裝置 — 每齒 1 個。
- 鑄造或預製牙樁；核心建設。

植牙—16 歲及以上的病人，每 60 個月一次。

牙齒矯正治療。

為您回答所有的問題：(844) 267-4325 • uhh.org

 牙科 (延續)

增強保障計劃

若您有某些健康問題，也許可獲得額外清潔或氟化物治療。仍然適用成本分擔和最高保障。若您有任何以下情況或正在接受任何以下治療，請致電 **(800) 323-1743** 聯絡 Delta Dental 登記：

- 牙周 (牙齦) 疾病
- 糖尿病
- 懷孕
- 高風險心臟病
- 腎臟衰竭或透析
- 癌症相關化療和／或放療
- 由於以下原因而抑制免疫系統：HIV、器官移植和／或幹細胞 (骨髓) 移植
- 特殊醫療需求

不保項目

牙科 PPO 保障，不保以下類型的治療、服務和用品：

- 牙髓活力測試，以及除緊急檢查或緊急紓緩外，任何服務一起計算。
- 初次放置後 6 個月內，重新固定空間維持器。
- 當同一顆牙齒允許使用牙冠時，就需要補牙。
- 在首次放置現有修復體後 60 個月內，以任何類型鑄造修復體，更換任何現有鑄造修復體 (牙冠、冠蓋體或陶瓷修復體)。
- 初次放置後 24 個月內，由同一診所更換不銹鋼牙冠為任何類型的鑄造修復體。
- 若放射證據並未顯示註牙或缺失牙齒結構，則進行鑄造修復體，或以任何其他目的修復體，包括但不限於美容、磨損、磨損、侵蝕、恢復或改變垂直尺寸、牙齒先天性或發育畸形，或未來骨折預期。
- 若牙齒沒有足夠垂直高度 (齒槽骨上方超過 3 毫米) 來支撐鑄造修復體，則稱為牙冠堆積。

為您回答所有的問題：**(844) 267-4325 • uhh.org**

 牙科 (延續)

- 初次放置後 6 個月內，由同一診所重新固定嵌體、冠蓋體、部份覆蓋修復體、鑄造和預製牙樁，以及和牙冠。
- 初次放置後 6 個月內，在現有局部義齒框架上製作新牙冠的額外醫療處理。
- 在永久性填充物的同一天，要求或放置鎮靜填充物。
- 獲得牙髓服務保障的情況下，在 2 年內對同一顆牙齒再治療。
- 牙髓手術與完整可拆卸修復器具，一起進行。
- 與天然牙齒無關的牙周外科服務。
- 在外科日間照顧中心或醫院環境，提供外科牙周病治療服務。
- 導引組織再生與植牙、齒槽嵴增強／上顎竇提升、拔牙或根尖周圍手術／齒根尖切除（即「杜牙根」）結合使用
- 若未在牙冠預備前至少 4 週，進行牙冠延長或牙齦成形術。
- 骨替代移植與拔牙或植入，一起進行。
- 牙周夾板恢復咬合。
- 初次放置現有矯正器後 60 個月內，以任何修復矯正器更換任何現有修復矯正器（鑄造修復體、固定局部義齒、可摘局部義齒或全口義齒）。
- 在與可摘局部義齒相同牙弓中，根據要求或放置固定局部義齒。
- 初次放置後 6 個月內，為現有裝置換線或重新設定基準。
- 適合 16 歲以下病人的固定或活動義齒。
- 當牙齒間無牙（無牙）空間小於缺牙大小的 50% 時，即為橋體。
- 當與其他口腔手術結合進行時，移動已萌發或錯位牙齒，有助萌發或放置裝置，促進受影響牙齒萌發。
- 根據 Delta Dental 所訂牙科標準或高於 Delta Dental 合約指定的頻率，以高於保障頻率或普遍接受的頻率，提供服務、用品或治療。

為您回答所有的問題：(844) 267-4325 • uhh.org



牙科 (延續)

- 您的 SPD 標題為「一般排除和限制」(General exclusions and limitations) 部份，規定的任何治療、服務或用品。
- 該等服務均根據「工人賠償法或僱主責任法」(Workers' Compensation or Employer's Liability) 賠償。
- 由任何政府機構或根據任何政府計劃或法律，提供或支付服務，但不包括個人法律義務支付費用。此例外適用於根「據美國社會安全法」(U.S. Social Security Act) 及其「修正案」(Amendments) 所提供的任何保障。
- 提供矯正發育畸形的服務，包括但不限於顎裂、下顎前突、琺瑯質發育不全、氟斑牙和先天牙齒缺失。此排除不適用於初生嬰兒。
- 純粹以美容為目的而提供的服務，包括但不限於牙色貼面、黏合、烤瓷修復和微研磨。
- 病人得到本計劃保障日之前，完成服務的費用。
- 為麻醉師或麻醉學家提供的服務。
- 臨時醫療服務，但不包括某些暫時局部假牙。
- 當放射照片顯示少於 40% 牙根由骨骼支撐時，要求或在牙齒上執行的任何手術。
- 對無功能的牙齒（沒有對牙的第二或第三臼齒）的服務。
- 即將脫落的乳齒（乳牙）進行的服務。
- 服藥或施藥，但不包括全身麻醉及靜脈清醒鎮靜。
- 「美國牙科協會」(American Dental Association) 認為實驗型或研究型醫療處理，沒有醫療處理代碼，或與當前牙科術語編碼和術語不一致。
- 與任何顎頷關節（顎關節）障礙的相關服務。
- Delta Dental 考慮將該等醫療程序包含於其他手術費用中。
- 填妥索償表，並提交所需資訊（未另行保障），以確定保障。
- 遵守「職業安全與健康管理局」(Occupational Safety and Health Administration, OSHA) 要求相關的感染控制醫療處理和費用。

為您回答所有的問題：(844) 267-4325 • uhh.org

 牙科 (延續)

- 失約。
- 您在本計劃保障期間或之後，因戰爭或戰爭行為而出現的任何疾病或損傷，而提供的服務和用品。
- 從您或您配偶的親屬、任何通常與您同住的人士或類似人士，獲得該等服務和用品。
- 因參與或參與暴動、叛亂、內亂或犯下重罪而造成損傷或疾病，或與之相關的服務。
- 住院／門診住院服務的費用。
- 口腔衛生或牙菌斑控制計劃的服務或用品。
- 累積不良習慣的服務和用品。
- 運動護齒套。

牙科保障的預先決定

若您的牙醫建議的牙科治療，估計為 250 美元或以上費用。您可要求 Delta Dental 助您確定，該計劃將支付多少費用。雖然這是自願計劃，但您接受複雜或昂貴的牙科治療前，請聯絡 Delta Dental。Delta Dental 將協助您和您的牙醫，了解該計劃為您建議的治療，支付多少費用。您提前聯絡 Delta Dental，便更了解您的「分攤費用」，從而不會收到感到意外的帳單。

若您利用此計劃，Delta Dental 將審查您的牙醫記錄，並告訴您和您的牙醫您估計自付費用，以及計劃估計將支付金額。

預先確定保障不能保證本計劃將支付那些保障，也不能保證將為所提供的牙科治療或服務，支付任何保障。一如概往，接受任何治療決定前，請您與您的牙醫共同決定。本計劃所有規則，均適用於任何您提交的牙科索償。

資格結束後的牙科保障

若您的保障結束，本計劃將僅支付您保障結束前「保障費用」所產生的「允許費用」保障。

為您回答所有的問題：(844) 267-4325 • uhh.org