



MEDICAL: BLUE CROSS BLUE SHIELD PPO

Prostate-specific antigen (PSA) screening test changes

Effective June 1, 2026, PSA screening tests will be covered once each calendar year for men age 40 and older. PSA tests are covered as preventive healthcare at 100% if you use a network provider. PSA tests done by a non-network provider are covered at 50% of the allowable charges (no deductible applies).

Changes on this page only apply if you are in the PPO medical benefit option.

Travel and lodging benefit change

Effective May 1, 2026, your travel and lodging benefit may reimburse you for travel and lodging for clinical trials (unless the clinical trial pays for those expenses).

Get prior authorization for hyperbaric oxygen therapy

Beginning September 1, 2026, hyperbaric oxygen therapy requires prior authorization. Contact HealthCheck360 to get prior authorization for hyperbaric oxygen therapy.

HealthCheck360
(844) 462-7812



(855) 484-8480 • [uhh.org](https://www.uhh.org)

PO Box 5348, Oak Brook, IL 60522-5348

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.



MEDICAL: BLUE CROSS BLUE SHIELD PPO *(continued)*

Non-Network preventive care correction

This change only applies if you are in the PPO medical benefit option.

Your SPD states that, under the **medical** benefits, preventive care services and supplies provided by a non-network provider are not covered. This is an error: if you use a non-network provider for medical covered preventive services and supplies, the Plan will pay 50% of the allowable charges (no deductible applies). However, your SPD correctly states that under the **prescription drug** benefits, preventive care drugs are not covered unless you use a network pharmacy.

**New Nurse line
phone number**
HealthCheck360:
(844) 462-7812

24/7 nurse line:
(855) 752-2370

This only applies to
you if you are in the
PPO benefit option



GENERAL

Changes to legal language in your SPD

The following sections of your SPD are replaced, effective May 1, 2026.

Appeals under the sole authority of the Plan Administrator

The Trustees have given the Plan Administrator full discretionary authority to decide all appeals resulting from the following circumstances:

- UNITE HERE HEALTH's refusal to accept self-payments (including payments for dependent coverage) made after the due date.
- Late COBRA payments and applications to continue coverage under the COBRA provisions.
- Late applications, including late applications to enroll for dependent coverage.

Get answers to all your questions: (866) 686-0003 • [uhh.org](https://www.uhh.org)



GENERAL *(continued)*

You must submit your appeal within 12 months of the date the late payment or late application was refused to:

The Plan Administrator
UNITE HERE HEALTH
P.O. Box 5348
Oak Brook, IL 60522-5348
Fax: (630) 236-5232
Email: appeals@uhh.org

Interpretation of Plan provisions

For claims subject to independent external review (see the section of your SPD titled “Independent external review procedures”), the IRO has the sole authority to make decisions about benefits, and decide all questions about claims, submitted for independent external review.

For claims subject to the independent dispute resolution process under federal surprise billing protections, the certified independent dispute resolution entity (IDRE) has the authority to determine the allowable charges for purposes of provider payment; however, this authority may be modified as necessary to account for future regulatory action, judicial decisions, or other legal developments. Separately, the certified IDRE has no authority to determine the applicability of any other Plan benefits or rules, including but not limited to determining what benefits are payable and what expenses are covered.

For benefits provided on a fully insured basis, the applicable insurer has the sole discretionary authority to interpret applicable plan or policy documents, make final and binding decisions about benefits, claims and appeals, and decide all questions or controversies with respect to the applicable policy of insurance.

The Board of Trustees of UNITE HERE HEALTH has delegated its full discretionary authority with respect to appeals of claims denied in whole or in part to the Appeals Subcommittee, comprised of a subset of the Trustees, to make all appeal decisions in accordance with Plan terms. The Appeals Subcommittee has full discretionary authority to decide questions of fact, interpret all Plan documents and associated administrative rules and procedures, and to decide any other question that arises in connection with an appeal. The Appeals Subcommittee acts autonomously in connection with such appeal reviews and decision-making. Unless the denied claim is subject to the independent external review procedures, any decision made by the Appeals Subcommittee shall be final and binding on all persons.

The Board of Trustees of UNITE HERE HEALTH has delegated its full discretionary authority with respect to appeals related to a failure to meet Plan deadlines for self-payments, COBRA payments, and COBRA

Get answers to all your questions: (866) 686-0003 • uhh.org



GENERAL *(continued)*

applications, to the Plan Administrator as described in “Appeals under the sole authority of the plan administrator” under the claim filing and appeal provisions section of your SPD.

Except as specified above, the Board of Trustees of UNITE HERE HEALTH retains all other authority, including but not limited to the sole and exclusive discretionary authority to:

- Make final decisions about applications for or entitlement to Plan benefits, including:
 - Increasing, decreasing, terminating, or otherwise changing Plan provisions to efficiently administer the Plan or to further the purposes of UNITE HERE HEALTH,
 - Obtaining or providing information needed to coordinate benefit payments with other plans,
 - Obtaining second medical or dental opinions or authorizing an autopsy when not forbidden by law;
- Interpret all Plan provisions and associated administrative rules and procedures.
- Decide all questions of fact.
- Authorize all payments under the Plan or recover any amounts in excess of the maximum amounts required by the Plan.

The Trustees’ decisions are final and binding on all persons dealing with or claiming benefits from the Plan, unless the appropriate authorized person or entity determines, in its sole discretion, that the original decision was in error and corrective action is taken. However, if a decision is challenged in court or arbitration, it is the intention that such decision is to be upheld, unless determined to be arbitrary or capricious by a court of competent jurisdiction.

Benefits under this Plan will be paid only when the Board of Trustees of UNITE HERE HEALTH, or person delegated by it, determines in their sole discretionary authority, that an applicant is entitled to benefits under the terms of the Plan.

The Plan gives the Trustees, and their delegates, full discretion and sole authority to make the final decision in all areas of Plan interpretation and administration, including eligibility for benefits, the level of benefits provided, and the meaning of all Plan language (including this Summary Plan Description). In the event of a conflict between this Summary Plan Description and the Plan Document governing the Plan, the Plan Document will govern.



MÉDICO: BLUE CROSS BLUE SHIELD PPO

Cambios en la prueba de detección del antígeno prostático específico (PSA)

A partir del 1 de junio de 2026, las pruebas de detección de PSA estarán cubiertas una vez por cada año calendario para hombres de 40 años o más. Las pruebas de PSA están cubiertas como atención preventiva al 100% si utiliza un proveedor dentro de la red. Las pruebas de PSA realizadas por un proveedor fuera de la red están cubiertas al 50% de los cargos permitidos (no se aplica deducible).

Los cambios en esta página solo se aplican si usted está en la opción de beneficios médicos PPO.

Cambio en el beneficio de viaje y hospedaje

A partir del 1 de mayo de 2026, su beneficio de viaje y hospedaje puede reembolsarle los gastos de viaje y hospedaje para ensayos clínicos (a menos que el ensayo clínico cubra esos gastos).

Obtenga autorización previa para la terapia de oxígeno hiperbárico

A partir del 1 de septiembre de 2026, la terapia de oxígeno hiperbárico requiere autorización previa. Comuníquese con HealthCheck360 para obtener autorización previa para la terapia de oxígeno hiperbárico

HealthCheck360
(844) 462-7812

UNITE HERE
HEALTH

(855) 484-8480 • uhh.org

PO Box 5348, Oak Brook, IL 60522-5348

Este documento presenta un Resumen de las modificaciones de materiales (SMM, según sus siglas en Inglés), según la Ley de seguridad de ingresos para los empleados jubilados (ERISA, según sus siglas en Inglés), de 1974, según enmienda, y sintetiza las medidas que acaba de tomar el Consejo administrativo de UNITE HERE HEALTH. Describe cambios administrativos y modificaciones en los beneficios que afectan la información incluida en la Descripción resumida del Plan (SPD, según sus siglas en Inglés). El SMM aborda los cambios que afectan todos los beneficios presentes en la SPD y puede incluir modificaciones y beneficios que no rigen en su caso particular, según las elecciones que realiza su empleador.

Lea con atención la información y guárdela junto con su SPD, para futuras consultas.

Excepto por lo descrito en este resumen (SMM) la información que contiene su SPD continúa vigente.



MÉDICO: BLUE CROSS BLUE SHIELD PPO *(continuación)*

Corrección de la atención preventiva fuera de la red

Este cambio solo se aplica si usted está en la opción de beneficio médico PPO.

Su SPD indica que, bajo los beneficios **médicos**, los servicios y suministros de atención preventiva proporcionados por un proveedor fuera de la red no están cubiertos. Esto es un error: si utiliza un proveedor fuera de la red para servicios y suministros de atención preventiva cubiertos, el Plan pagará el 50% de los cargos permitidos (no se aplica deducible). Sin embargo, su SPD indica correctamente que, bajo los beneficios de **medicamentos recetados**, los medicamentos preventivos no están cubiertos a menos que utilice una farmacia dentro de la red.

Nuevo número de teléfono de la línea de enfermería
HealthCheck360:
(844) 462-7812

Línea de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana:
(855) 752-2370

Esto solo se aplica a usted si está en la opción de beneficios PPO



GENERAL

Cambios en el lenguaje legal de su SPD

Las siguientes secciones de su SPD se reemplazan, con vigencia a partir del 1 de mayo de 2026.

Apelaciones bajo la autoridad exclusiva del Administrador del Plan

La Junta de Fideicomisarios ha otorgado al Administrador del Plan plena autoridad discrecional para decidir todas las apelaciones derivadas de las siguientes circunstancias:

- La negativa de UNITE HERE HEALTH a aceptar pagos directos (incluyendo pagos por cobertura de dependientes) realizados después de la fecha de vencimiento.
- Pagos y solicitudes tardías de COBRA para continuar la cobertura bajo las disposiciones de COBRA.
- Solicitudes tardías, incluidas solicitudes tardías de inscripción para cobertura de dependientes.

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (855) 484-8480 • [uhh.org](https://www.uhh.org)



GENERAL *(continuación)*

Usted debe presentar su apelación dentro de los 12 meses posteriores a la fecha en que se rechazó el pago o la solicitud tardía a:

El Administrador del Plan
UNITE HERE HEALTH
P.O. Box 5348
Oak Brook, IL 60522-5348
Fax: (630) 236-5232
Correo electrónico: appeals@uhh.org

Interpretación de las disposiciones del Plan

Para reclamos sujetos a revisión externa independiente (consulte la sección de su SPD titulada “Procedimientos de revisión externa independiente”), la IRO tiene la autoridad exclusiva para tomar decisiones sobre beneficios y resolver todas las cuestiones relacionadas con los reclamos presentados para revisión externa independiente.

Para reclamos sujetos al proceso de resolución independiente de disputas bajo las protecciones federales contra facturación sorpresa, la entidad certificada de resolución independiente de disputas (IDRE) tiene la autoridad para determinar los cargos permitidos a efectos del pago al proveedor; sin embargo, esta autoridad puede modificarse según sea necesario para tener en cuenta futuras acciones regulatorias, decisiones judiciales u otros desarrollos legales. Por separado, la entidad certificada de resolución independiente de disputas (IDRE) no tiene autoridad para determinar la aplicabilidad de otros beneficios o reglas del Plan, incluyendo, entre otros, la determinación de qué beneficios son pagaderos y qué gastos están cubiertos.

Para los beneficios proporcionados bajo un esquema totalmente asegurado, el asegurador correspondiente tiene la autoridad discrecional exclusiva para interpretar los documentos del plan o de la póliza aplicables, tomar decisiones finales y vinculantes sobre beneficios, reclamos y apelaciones, y resolver todas las cuestiones o controversias relacionadas con la póliza de seguro correspondiente.

La Junta de Fideicomisarios de UNITE HERE HEALTH ha delegado su plena autoridad discrecional con respecto a las apelaciones de reclamos denegados total o parcialmente al Subcomité de Apelaciones, compuesto por un grupo de los Fideicomisarios, para tomar todas las decisiones de apelación de acuerdo con los términos del Plan. El Subcomité de Apelaciones tiene plena autoridad discrecional para decidir cuestiones de hecho, interpretar todos los documentos del Plan y las reglas y procedimientos administrativos asociados, y resolver cualquier otra cuestión que surja en relación con una apelación. El Subcomité de Apelaciones actúa de manera autónoma en relación con la revisión y la toma de decisiones de dichas apelaciones. A menos que el reclamo denegado esté sujeto a los procedimientos de revisión externa independiente, cualquier decisión tomada por el Subcomité de Apelaciones será final y vinculante para todas las personas.

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (855) 484-8480 • uhh.org



GENERAL *(continuación)*

La Junta de Fideicomisarios de UNITE HERE HEALTH ha delegado su plena autoridad discrecional con respecto a las apelaciones relacionadas con el incumplimiento de los plazos del Plan para pagos directos, pagos de COBRA y solicitudes de COBRA al Administrador del Plan, según se describe en “Apelaciones bajo la autoridad exclusiva del Administrador del Plan” en la sección de presentación de reclamos y apelaciones de su SPD.

Excepto según se especifica anteriormente, la Junta de Fideicomisarios de UNITE HERE HEALTH conserva toda otra autoridad, incluyendo, entre otras, la autoridad discrecional única y exclusiva para:

- Tomar decisiones finales sobre solicitudes de beneficios del Plan o el derecho a los mismos, incluyendo:
 - Aumentar, disminuir, terminar o modificar de otro modo las disposiciones del Plan para administrarlo de manera eficiente o para cumplir con los fines de UNITE HERE HEALTH,
 - Obtener o proporcionar la información necesaria para coordinar los pagos de beneficios con otros planes,
 - Obtener segundas opiniones médicas o dentales o autorizar una autopsia cuando no esté prohibido por la ley;
- Interpretar todas las disposiciones del Plan y las reglas y procedimientos administrativos asociados
- Decidir todas las cuestiones de hecho.
- Autorizar todos los pagos bajo el Plan o recuperar cualquier monto que exceda los montos máximos requeridos por el Plan.

Las decisiones de los Fideicomisarios son finales y vinculantes para todas las personas que tratan con el Plan o que reclaman beneficios del mismo, a menos que la persona o entidad autorizada correspondiente determine, a su entera discreción, que la decisión original fue errónea y se adopten medidas correctivas. Sin embargo, si una decisión es impugnada en un tribunal o en arbitraje, se pretende que dicha decisión se mantenga, a menos que un tribunal de jurisdicción competente determine que es arbitraria o caprichosa.

Los beneficios bajo este Plan se pagarán únicamente cuando la Junta de Fideicomisarios de UNITE HERE HEALTH, o la persona delegada por esta, determine, a su entera discreción, que un solicitante tiene derecho a los beneficios conforme a los términos del Plan.

El Plan otorga a los Fideicomisarios, y a sus delegados, plena discreción y autoridad exclusiva para tomar la decisión final en todas las áreas de interpretación y administración del Plan, incluyendo la elegibilidad para los beneficios, el nivel de beneficios proporcionados y el significado de todo el lenguaje del Plan (incluyendo esta Descripción Resumida del Plan). En caso de conflicto entre esta Descripción resumida del plan y el Documento del plan que rige el Plan, prevalecerá el Documento del plan.

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (855) 484-8480 • uhh.org