

## Pharmacy

# Important changes and clarifications to your prescription drug benefits

*Effective November 1, 2018 (unless a different date is specified)*

This SMM provides some important changes and clarifications to your prescription drug benefits. Be sure to read this carefully so you know what the Plan covers, and what you will pay, for your prescription drugs. Contact us when you have any questions about your benefits.

### Plan Units 100A and 100B — Class I What you pay for your prescription drugs

Prescription Drugs — (Network Retail Pharmacies and Mail Order)	Per Prescription		
Formulary Prescription Drug Benefits	Retail Pharmacy <i>up to a 34-day supply</i>	Mail Order <i>up to a 60-day supply</i>	
Preventive healthcare services drugs	\$0		
Generic drugs	\$1		
Preferred brand name drugs	\$15		
Non-Preferred brand name drugs	\$30		
Select specialty and select biosimilar drugs* ( <i>Effective January 1, 2019</i> )	Not covered	<b>Generic</b> \$1	<b>Brand</b> 25%
<b>Non-Formulary Prescription Drugs and Supplies</b>	Not covered, unless an exception is approved		

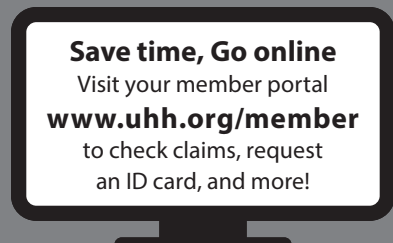
*\* Current pharmacy benefit provider will actively manage and determine drugs in tier. Specialty drugs are only available through the specialty mail order pharmacy.*

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.

# Updates to Your Benefits



UNITE HERE  
**HEALTH**

**(866) 261-5676**

[www.uhh.org](http://www.uhh.org)

P.O. Box 6020

Aurora, IL 60598-0020

Get answers  
to all your  
questions:  
(866) 261-5676

## Pharmacy (continued)

### Plan Units 100A and 100B — Class II What you pay for your prescription drugs

Remember, under Class II, this benefit is limited to preventive healthcare drugs and supplies.

<i>Prescription Drugs — (Network Retail Pharmacies and Mail Order)</i>	<i>Per Prescription</i>	
<b>Formulary Prescription Drug Benefits</b>	<b>Retail Pharmacy up to a 34-day supply</b>	<b>Mail Order up to a 60-day supply</b>
Preventive healthcare services drugs	\$0	
All other drugs	Not covered	
<b>Non-Formulary Prescription Drugs and Supplies</b>	Not covered	

### Plan Units 105 — Class I What you pay for your prescription drugs

<i>Prescription Drugs — (Network Retail Pharmacies and Mail Order)</i>	<i>Per Prescription</i>		
<b>Formulary Prescription Drug Benefits</b>	<b>Retail Pharmacy up to a 34-day supply</b>	<b>Mail Order up to a 60-day supply</b>	
Preventive healthcare services drugs	\$0		
Generic drugs	\$10		
Preferred brand name drugs	\$20		
Non-Preferred brand name drugs	\$50		
Select specialty and select biosimilar drugs* (Effective January 1, 2019)	Not covered	<b>Generic</b>	<b>Brand</b>
		\$10	25%
<b>Non-Formulary Prescription Drugs and Supplies</b>	Not covered, unless an exception is approved		

\* Current pharmacy benefit provider will actively manage and determine drugs in tier. Specialty drugs are only available through the specialty mail order pharmacy.

#### Save time, Go online

Visit your member portal  
[www.uhh.org/member](http://www.uhh.org/member)  
to check claims, request  
an ID card, and more!

UNITE HERE  
**HEALTH**

[www.uhh.org](http://www.uhh.org)

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

## **Pharmacy** *(continued)*

<b>Plan Units 105 — Class II</b> <b>What you pay for your prescription drugs</b>		
Remember, under Class II, this benefit is limited to preventive healthcare drugs and supplies.		
<i>Prescription Drugs — (Network Retail Pharmacies and Mail Order)</i>	<i>Per Prescription</i>	
<b>Formulary Prescription Drug Benefits</b>	<b>Retail Pharmacy</b> <i>up to a 34-day supply</i>	<b>Mail Order</b> <i>up to a 60-day supply</i>
Preventive healthcare services drugs	\$0	
All other drugs	Not covered	
<b>Non-Formulary Prescription Drugs and Supplies</b>	Not covered	

Drugs and supplies on the formulary are safe, effective, and high-quality. No benefits are paid for drugs not on the formulary unless the Fund approves the drug. Prescription drugs and supplies may be added to or removed from the formulary from time to time. Contact Hospitality Rx at **(844) 813-3860** if you or your healthcare provider have questions about which prescription drugs and supplies are on the formulary.

Ask your healthcare provider to prescribe a drug that is on the formulary. If your healthcare provider wants you to take a drug that is not on the formulary, he or she should reach out to Hospitality Rx at **(844) 813-3860** for a formulary exception. The formulary exception allows your healthcare provider to ask for approval for you to get coverage for a prescription drug not on the formulary. Remember, though, that the Fund will not consider a non-formulary drug for coverage until you have tried all of the formulary prescription drug alternatives that are medically appropriate to your situation.

### ***Prescription drug out-of-pocket limit***

You will no longer be subject to a surcharge for early refills of your drugs. The reference to “any surcharge amounts you pay for early refills” is removed from this section of your SPD.

Get answers  
 to all your  
 questions:  
**(866) 261-5676**

Save time, Go online

Visit your member portal

[www.uhh.org/member](http://www.uhh.org/member)

to check claims, request an ID card, and more!



www.uhh.org

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

Get answers  
to all your  
questions:  
(866) 261-5676

## Pharmacy *(continued)*

### ***What's covered under your prescription drug benefits***

A medication or supply must be listed on the formulary in order to be covered (unless you get a formulary exception from the Plan). The types of medications and supplies covered under your prescription drug benefits are listed in your SPD. However, covered medications and supplies also include:

- Vitamins, but only vitamins on the formulary. (This replaces the list of covered vitamins shown in your SPD.)
- Lancet devices.

Remember, you need a prescription for OTC preventive healthcare services and supplies before the Plan will pay benefits.

### ***Safety and cost containment programs***

The Fund provides extra protection through several safety and cost containments programs. See your SPD for more information about the safety and cost containment programs. Remember, if a prescription drug is subject to a safety or cost containment program, you must follow the program in order to get benefits for the drug.

The list of prescription drugs that are subject to safety or cost containment programs change from time to time. Contact Hospitality Rx at **(844) 813-3860** with questions about which prescription drugs are subject to safety or cost containment programs, or to ask for an exception.

**Prior authorization program change:** Prior authorization may not be required for every drug which the U.S. Food and Drug Administration (FDA) is reviewing for known or potential serious risks under a risk evaluation and mitigation strategy. If prior authorization is required, Hospitality Rx will work with your healthcare provider to get the required information.

#### Save time, Go online

Visit your member portal  
**[www.uhh.org/member](http://www.uhh.org/member)**  
to check claims, request  
an ID card, and more!

UNITE HERE  
**HEALTH**

**[www.uhh.org](http://www.uhh.org)**

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

## Pharmacy *(continued)*

### ***Fill and refill limits***

A few changes have been made to the information shown in the “Fill and refill limits” section of your SPD:

- **Safety or cost containment programs may limit how much of a drug you can get:** A safety or cost containment program may limit the amount of a drug that is filled at one time to less than the maximum days’ supply otherwise allowed. For example, most prescriptions filled through the specialty mail-order pharmacy will be limited to less than a 34-day or 60-day supply.
- **Early refill program:** You generally cannot refill a prescription earlier than allowed under any applicable guidelines, safety or cost containment programs, or other Plan rules. In some cases, you may be able to refill a prescription sooner than is usually allowed. For example, you may get an early refill if:
  - You show you will be out of the country when you will run out of a prescription drug. If your early refill is approved, you can get up to a 60-day supply for the applicable retail drug copay.
  - Your drug is lost or stolen.
  - You run out of a drug too soon because you misunderstood the instructions or accidentally use too much. You will be able to get one such early refill per lifetime for that drug.

You may be required to use the case management program in order to get an early refill.

Call Hospitality Rx at **(844) 813-3860** if you need an early refill of a drug.

- Seasonale® is removed from the list of birth control drugs only available in a 90-day quantity. Seasonale® is not on your formulary (the list of drugs that are covered).
- The safety and cost containment programs will determine the maximum amount of prescription drugs for the treatment of male impotency you can get at one time. These drugs will not necessarily always be limited to 6 applications per month and to a 3-month initial supply.

**Get answers  
to all your  
questions:  
(866) 261-5676**

#### **Save time, Go online**

Visit your member portal  
**[www.uhh.org/member](http://www.uhh.org/member)**  
to check claims, request  
an ID card, and more!

UNITE HERE  
**HEALTH**

**[www.uhh.org](http://www.uhh.org)**

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

Get answers  
to all your  
questions:  
**(866) 261-5676**

## Pharmacy *(continued)*

### ***Specialty drug pharmacy***

*Effective January 1, 2019*

You must use the specialty pharmacy to purchase all specialty prescription drugs, including generic specialty drugs and specialty drugs prescribed to treat HIV/AIDS.

AllianceRx Walgreens Prime will no longer be your specialty drug pharmacy. Instead, you must get your specialty drugs through **Diplomat**.

#### **Diplomat**

(844) 857-5772

[www.diplomatpharmacy.com](http://www.diplomatpharmacy.com)

### ***What's not covered***

See your SPD for a list of the general exclusions and limitations that apply to your benefits. For example, experimental and investigative treatments, including drugs, are not covered. In addition to those exclusions, the "What's not covered" section in your SPD is replaced with the following list:

- Prescription drugs that have not been approved by the FDA. However, the Fund or its designee may cover prescription drugs not approved by the FDA in certain situations. You or your healthcare professional may ask for an exception through the Fund's prior authorization program.
- Drugs or supplies that are not listed on the formulary, unless the Fund or its designee gives prior approval for the drug or supply. You must try all medically appropriate formulary alternatives before you can get a formulary exception.
- Drugs or medications used, consumed or administered at the place where dispensed, other than immunizations. (These drugs may be covered under your medical benefits.)
- Prescriptions or refills in amounts over the quantity limits.
- Vitamins, dietary supplements, or dietary aids, except those specifically included on the formulary.
- Drugs used for cosmetic reasons, including Rogaine and other drugs to prevent hair loss.
- Human growth hormone, except to treat emaciation due to AIDS.
- Drugs or other covered supplies not purchased from a network pharmacy.
- Birth control devices and implants other than over-the-counter FDA-approved female contraceptive drugs, devices, or supplies for which you have a prescription.

#### **Save time, Go online**

Visit your member portal

**[www.uhh.org/member](http://www.uhh.org/member)**

to check claims, request  
an ID card, and more!

UNITE HERE  
**HEALTH**

**[www.uhh.org](http://www.uhh.org)**

P.O. Box 6020

Aurora, IL 60598-0020

## **Pharmacy** *(continued)*

- Non-sedating antihistamines or histamine receptor blockers.
- Fertility drugs.
- Glucometers, other than those the Fund gives to you for free. You may be able to get a glucometer through the medical benefits if you do not want one of the free ones, but you will usually have to pay part or all of the cost.
- Weight control drugs, unless for the treatment of morbid obesity under the direct supervision of a healthcare provider, and authorized in writing by the Fund or its designee.
- Preventive healthcare services and supplies that you must get through the medical benefits.
- Drugs that require review under a safety or cost containment program (such as a drug that requires prior authorization, or a drug subject to the step therapy program) if that safety or cost containment program is not followed, or does not approve the drug.
- New-to-market prescription drugs until the Fund or its designee has reviewed and approved the prescription drug.
- Specialty prescription drugs if you do not use the specialty pharmacy.
- Unless specifically listed on the formulary, over-the-counter drugs.
- High-cost “me too” drugs, unless the Fund or its representative approves the drug for purchase. “Me too” drugs usually have only very small differences in how they work, but are considered “new” drugs with no generic equivalent. Often, the manufacturer charges high prices for these drugs even though there are other drugs available that work just as well for a lower cost. You can find out if a “me too” drug is covered by contacting Hospitality Rx.
- Diagnostics (drugs used to help in the process of diagnosing certain medical conditions).
- Drugs, medications, or supplies that are not covered under the Fund’s or Fund’s designee’s claims processing guidelines or any other internal rule, including but not limited to any national guidelines used by the medical community.
- Medical foods (medical foods may be covered under the medical benefit).

**Get answers  
to all your  
questions:  
(866) 261-5676**

**Save time, Go online**

Visit your member portal

**[www.uhh.org/member](http://www.uhh.org/member)**

to check claims, request  
an ID card, and more!

UNITE HERE  
**HEALTH** 

**[www.uhh.org](http://www.uhh.org)**

P.O. Box 6020

Aurora, IL 60598-0020

**Get answers  
to all your  
questions:  
(866) 261-5676**

## **Medical**

### **Clarification to your Summary Plan Description (SPD)**

When services require prior authorization through eviCore, you or provider must get authorization before you get the service. Retrospective review (after you get the service) is not available for diagnostic imaging and radiation therapy services that require prior authorization by eviCore. If you use a provider that isn't a Horizon Direct Access provider (such as a BlueCard provider or non-network provider), you are responsible for getting prior authorization. If you or your provider don't get prior authorization before you receive these types of care, your claim will be denied.

In case your claim is denied, please remember you can appeal within 12 months of your receipt of the denial to:

#### **The Appeals Subcommittee**

UNITE HERE HEALTH  
711 N. Commons Drive  
Aurora, IL 60504

### **Definition of “durable medical equipment (DME)” changed**

Effective November 1, 2018, the definition of “DME” is changed to remove the rule that the equipment must be approved for payment by Medicare in order to be covered by the Plan.

#### **Save time, Go online**

Visit your member portal  
**[www.uhh.org/member](http://www.uhh.org/member)**  
to check claims, request  
an ID card, and more!

UNITE HERE  
**HEALTH**

**[www.uhh.org](http://www.uhh.org)**

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



## General

### Reminder about Massachusetts individual mandate

*This applies to you only if you (or your dependent) live in Massachusetts.*

UNITE HERE HEALTH believes you will not owe the Massachusetts individual mandate tax penalty for the months you have medical and prescription drug coverage under this Plan Unit. This is because we designed your medical and prescription drug coverage to help you meet Massachusetts's requirements for minimum creditable coverage.

If you live in Massachusetts and need help understanding how the Plan meets Massachusetts' rules for minimum creditable coverage, or to get a copy of your MA Form HC-1099, please call us. UNITE HERE HEALTH is not offering tax advice or any guarantee under any tax law.

### Contact the Fund if you no longer want to cover a dependent

You may ask the Fund to stop covering your dependent (or dependents). Contact the Fund for more information about how to stop covering a dependent, or how to re-enroll a dependent if you change your mind.

### Restriction of Venue

Effective October 12, 2018, any action, claim, controversy, or dispute relating to or arising under the Fund, Plan, Summary Plan Description, and/or Trust Agreement shall be brought and resolved only in the United States District Court for the Northern District of Illinois and in any courts in which appeals from such court are heard.

Get answers  
to all your  
questions:  
**(866) 261-5676**

**Save time, Go online**

Visit your member portal

**[www.uhh.org/member](http://www.uhh.org/member)**

to check claims, request  
an ID card, and more!

UNITE HERE  
**HEALTH** 

**[www.uhh.org](http://www.uhh.org)**

P.O. Box 6020

Aurora, IL 60598-0020

## **General** (continued)

### **New scholarship benefit available**

#### ***What is the John Wilhelm scholarship?***

The John Wilhelm Endowed Scholarship Benefit helps you or your dependents get an undergraduate degree (bachelor's degree) in the health sciences field at the University of Nevada, Las Vegas (UNLV).

#### ***Am I eligible to apply for the scholarship?***

You or your dependents must meet the following rules in order to be eligible to apply for the scholarship.

You must meet the following requirements:

- Fund eligibility. You must either be:
  - A current employee, both currently eligible under the Fund and have been eligible for at least 36 continuous months. (You may meet this rule based on months you were eligible under any plan or fund that merges into UNITE HERE HEALTH.)
  - An eligible dependent of a current employee who meets the above rule.
- Be admitted to UNLV, and pursuing an undergraduate degree in Public Health, Nursing, or other major within the School of Allied Health Sciences.
- Have a 3.0 or higher cumulative grade point average (GPA).
- Be enrolled as a part-time or full-time student, and have a class standing of a junior or higher.

**Get answers  
to all your  
questions:  
(866) 261-5676**

#### **Save time, Go online**

Visit your member portal

**[www.uhh.org/member](http://www.uhh.org/member)**

to check claims, request  
an ID card, and more!

**UNITE HERE  
HEALTH**

**[www.uhh.org](http://www.uhh.org)**

P.O. Box 6020

Aurora, IL 60598-0020

## **General** *(continued)*

### ***How do I apply for the scholarship?***

You may apply for the scholarship through the UNLV financial aid and scholarship office by completing the Free Application for Federal Student Aid (FAFSA) and any other required materials. Contact UNLV for help getting or completing the required application materials, or for information on application deadlines.

You must apply for the scholarship each year, even if you have received it in the past. You may re-apply each year, even if you did not receive it in prior years.

### ***How does the scholarship work?***

Based on numerous factors, the Fund will determine the amount and number of scholarships, if any, awarded for each academic year. The Fund will also determine if you meet the Fund eligibility requirement described above in the “Am I eligible to apply for the scholarship” section. Determinations regarding the eligibility requirement will be made in the sole and independent discretion of the Fund and shall be final and binding for all persons who apply for the scholarship.

UNLV will select the final scholarship recipients and will give preference based on financial need and past receipt of the scholarship. All decisions regarding the recipients will be made in the sole and independent discretion of UNLV and shall be final and binding for all persons who apply.

### ***What else do I need to know about the scholarship?***

- The scholarship may only be used for tuition at UNLV. You cannot use the scholarship for registration fees, student body fees, activity fees, books, supplies, equipment, tools, meals, lodging, parking, or transportation.
- The scholarship cannot be applied towards post-graduate degrees.

**Get answers  
to all your  
questions:  
(866) 261-5676**

#### **Save time, Go online**

Visit your member portal

**[www.uhh.org/member](http://www.uhh.org/member)**

to check claims, request  
an ID card, and more!

**UNITE HERE  
HEALTH**

**[www.uhh.org](http://www.uhh.org)**

P.O. Box 6020

Aurora, IL 60598-0020

**Get answers  
to all your  
questions:  
(866) 261-5676**

## **General**

- Scholarships are not guaranteed each year and may not be awarded in any particular year.
- Scholarship amounts will be applied to tuition only after all other financial aid, such as public or private financial assistance, fellowships, scholarships, or grants, is applied.

### ***What are my appeal rights?***

If you or your dependent(s) do not get the scholarship benefit because you do not meet the Fund eligibility requirement described above in “Am I eligible to apply for the scholarship,” you may appeal the denial within 60 days of receiving the denial notice.

See your SPD for more information about the subcommittee’s review of your appeal, and when you will be notified of the Appeal Subcommittee’s decision.

Submit your appeal to:

#### **The Appeals Subcommittee**

UNITE HERE HEALTH  
711 N. Commons Drive  
Aurora, IL 60504

#### **Save time, Go online**

Visit your member portal  
**[www.uhh.org/member](http://www.uhh.org/member)**  
to check claims, request  
an ID card, and more!

UNITE HERE  
**HEALTH**

**[www.uhh.org](http://www.uhh.org)**

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

## Farmacia

# Cambios importantes y aclaraciones a sus beneficios de medicamentos con receta

Vigente el 1 de Noviembre de 2018 (a menos que se especifique una fecha diferente)

Este SMM proporciona algunos cambios importantes y aclaraciones a sus beneficios de medicamentos con receta. Asegúrese de leerlo detenidamente para que usted sepa qué es lo que cubre el Plan y lo que usted pagará por sus medicamentos con receta. Contáctenos si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios.

Unidades del plan 100A y 100B — Clase I						
Lo que usted paga por sus medicamentos con receta						
Medicamentos con Receta — (Dentro de la Red de Farmacias Minoristas y de Pedidos por Correo)	Por Receta Médica					
Beneficios de Medicamentos con Receta del Formulario	Farmacia Minorista hasta un suministro de 34 días	Pedido por Correo hasta un suministro de 60 días				
Medicamentos para servicios de atención médica preventiva	\$0					
Medicamentos genéricos	\$1					
Medicamentos de marca preferidos	\$15					
Medicamentos de marca no preferidos	\$30					
Medicamentos especializados selectos y biosimilares selectos* (Vigente el 1 de Enero de 2019)	No tiene cobertura	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Genérico</th> <th>De Marca</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>\$1</td> <td>25%</td> </tr> </tbody> </table>	Genérico	De Marca	\$1	25%
Genérico	De Marca					
\$1	25%					
<b>Medicamentos con Receta y Suministros No Incluidos en el Formulario</b>	No tiene cobertura, a menos que se apruebe una excepción					
* El proveedor de beneficios farmacéuticos actual activamente administrará y determinará los medicamentos en el nivel (in tier). Los medicamentos especializados únicamente están disponibles a través de la farmacia especializada de pedidos por correo.						

Este documento presenta un Resumen de las modificaciones de materiales (SMM, según sus siglas en inglés), según la Ley de seguridad de ingresos para los empleados jubilados (ERISA, según sus siglas en inglés), de 1974, según enmienda, y sintetiza las medidas que acaba de tomar el Consejo administrativo de UNITE HERE HEALTH. Describe cambios administrativos y modificaciones en los beneficios que afectan la información incluida en la Descripción resumida del Plan (SPD, según sus siglas en inglés).

El SMM aborda los cambios que afectan todos los beneficios presentes en la SPD y puede incluir modificaciones y beneficios que no rigen en su caso particular, según las elecciones que realiza su empleador.

Lea con atención la información y guárdela junto con su SPD, para futura referencia. Excepto por lo descrito en el SMM, la información que contiene el SPD continúa vigente.

# Cambios a Sus Beneficios



UNITE HERE  
**HEALTH**

**(866) 261-5676**

**www.uhh.org**

P.O. Box 6020

Aurora, IL 60598-0020

**Obtenga  
respuestas  
para todas  
sus preguntas:  
(866) 261-5676**

**Farmacia** (continuación)

**Unidades del plan 100A y 100B — Clase I  
Lo que usted paga por sus medicamentos con receta**

Recuerde bajo Class II, este beneficio está limitado a medicamentos y suministros de atención médica preventiva.

<i>Medicamentos con Receta — (Dentro de la Red de Farmacias Minoristas y de Pedidos por Correo)</i>	<i>Por Receta Médica</i>	
<b>Beneficios de Medicamentos con Receta del Formulario</b>	<b>Farmacia Minorista hasta un suministro de 34 días</b>	<b>Pedido por Correo hasta un suministro de 60 días</b>
Medicamentos para servicios de atención médica preventiva	\$0	
Todos los demás medicamentos	No tiene cobertura	
<b>Medicamentos con Receta y Suministros No Incluidos en el Formulario</b>	No tiene cobertura	

**Unidad del plan 105 — Clase I  
Lo que usted paga por sus medicamentos con receta**

<i>Medicamentos con Receta — (Dentro de la Red de Farmacias Minoristas y de Pedidos por Correo)</i>	<i>Por Receta Médica</i>		
<b>Beneficios de Medicamentos con Receta del Formulario</b>	<b>Farmacia Minorista hasta un suministro de 34 días</b>	<b>Pedido por Correo hasta un suministro de 60 días</b>	
Medicamentos para servicios de atención médica preventiva	\$0		
Medicamentos genéricos	\$10		
Medicamentos de marca preferidos	\$20		
Medicamentos de marca no preferidos	\$50		
Medicamentos especializados selectos y biosimilares selectos* (Vigente el 1 de Enero de 2019)	No tiene cobertura	<b>Genérico</b> \$10	<b>De Marca</b> 25%
<b>Medicamentos con Receta y Suministros No Incluidos en el Formulario</b>	No tiene cobertura, a menos que se apruebe una excepción		

*\* El proveedor de beneficios farmacéuticos actual activamente administrará y determinará los medicamentos en el nivel (in tier). Los medicamentos especializados únicamente están disponibles a través de la farmacia especializada de pedidos por correo.*

**Ahorre tiempo,  
conéctese en línea**

¡Visite su portal para miembros  
**www.uhh.org/member**  
para verificar reclamos, solicitar  
una tarjeta de ID y más!

**UNITE HERE  
HEALTH**

**www.uhh.org**

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

## Farmacia (continuación)

### Unidad del plan 105 — Clase I

#### Lo que usted paga por sus medicamentos con receta

Recuerde bajo Class II, este beneficio está limitado a medicamentos y suministros de atención médica preventiva.

<i>Medicamentos con Receta — (Dentro de la Red de Farmacias Minoristas y de Pedidos por Correo)</i>	<i>Por Receta Médica</i>	
<b>Beneficios de Medicamentos con Receta del Formulario</b>	<b>Farmacia Minorista hasta un suministro de 34 días</b>	<b>Pedido por Correo hasta un suministro de 60 días</b>
Medicamentos para servicios de atención médica preventiva	\$0	
Todos los demás medicamentos	No tiene cobertura	
<b>Medicamentos con Receta y Suministros No Incluidos en el Formulario</b>	No tiene cobertura	

Los medicamentos y suministros en el formulario son seguros, efectivos y de alta calidad. No se pagan beneficios por medicamentos que no están en el formulario a menos que el Fondo apruebe el medicamento. Los medicamentos con receta y los suministros pueden ser agregados o eliminados del formulario de ven en cuando. Comuníquese con Hospitality Rx al (844) 813-3860 si usted o su proveedor de atención médica tienen preguntas sobre qué medicamentos con receta y suministros están en el formulario.

Pídale a su proveedor de atención médica que le recete un medicamento que esté en el formulario. Si su proveedor de atención médica quiere que usted tome un medicamento que no está en el formulario, él o ella debe comunicarse con Hospitality Rx al (844) 813-3860 para obtener una excepción del formulario. La excepción del formulario le permite a su proveedor de atención médica pedir la aprobación para que usted obtenga cobertura de un medicamento con receta que no esté en el formulario. Sin embargo, recuerde que el Fondo no considerará un medicamento que no esté en el formulario para cobertura hasta que usted haya probado todas las alternativas de medicamentos con receta que sean medicamento adecuadas a su situación.

### ***Límite de gastos fuera de su bolsillo para medicamentos con receta***

Usted ya no estará sujeto a un recargo por reabastecimientos anticipados de sus medicamentos. La referencia a “cualquier monto de recargo que pague por reabastecimientos anticipados” se elimina de esta sección de su SPD.

**Obtenga  
respuestas  
para todas  
sus preguntas:  
(866) 261-5676**



**UNITE HERE  
HEALTH**

[www.uhh.org](http://www.uhh.org)  
P.O. Box 6020  
Aurora, IL 60598-0020

**Obtenga  
respuestas  
para todas  
sus preguntas:  
(866) 261-5676**

## **Farmacia** (continuación)

### ***Lo que está cubierto bajo sus beneficios de medicamentos con receta***

Un medicamento o suministro debe estar incluido en el formulario para poder ser cubierto (a menos que usted obtenga una excepción del formulario de parte del Plan). Los tipos de medicamentos y suministros cubiertos bajo sus beneficios de medicamentos con receta se enumeran en su SPD. Sin embargo, los medicamentos y suministros cubiertos también incluyen:

- Vitaminas, pero únicamente vitaminas en el formulario. (Esto reemplaza la lista de vitaminas cubiertas que se muestra en su SPD.)
- Dispositivos de lanceta.

Recuerde, usted necesita una receta médica para los servicios y suministros de atención médica preventiva de venta libre (OTC por sus iniciales en inglés) antes de que el Plan pague los beneficios.

### ***Programas de seguridad y contención de costos***

El Fondo proporciona protección adicional a través de varios programas de seguridad y contención de costos. Consulte su SPD para obtener más información sobre los programas de seguridad y contención de costos. Recuerde, si un medicamento con receta está sujeto a un programa de seguridad o de contención de costos, usted debe seguir el programa para poder obtener los beneficios para el medicamento.

La lista de medicamentos con receta que están sujetos a programas de seguridad o de contención de costos cambia de vez en cuando. Comuníquese con Hospitality Rx al (844) 813-3860 si tiene preguntas sobre qué medicamentos con receta están sujetos a programas de seguridad o de contención de costos, o para solicitar una excepción.

**Cambio al programa de autorización previa:** Es posible que no se requiera autorización previa para todos los medicamentos que la U.S. Food and Drug Administration (FDA) esté revisando por riesgos graves conocidos o potenciales bajo una estrategia de evaluación y mitigación de riesgos. Si se requiere autorización previa, Hospitality Rx trabajará con su proveedor de atención médica para obtener la información requerida.

**Ahorre tiempo,  
conéctese en línea**

¡Visite su portal para miembros

**[www.uhh.org/member](http://www.uhh.org/member)**

para verificar reclamos, solicitar  
una tarjeta de ID y más!

UNITE HERE  
**HEALTH**

**[www.uhh.org](http://www.uhh.org)**

P.O. Box 6020

Aurora, IL 60598-0020



## Farmacia (continuación)

### *Límites de abastecimiento y reabastecimiento*

Se han realizado algunos cambios a la información que se muestra en la sección “Límites de abastecimiento y reabastecimiento” de su SPD:

- **Los programas de seguridad o de contención de costos pueden limitar la cantidad de un medicamento que puede obtener:** Un programa de seguridad o de contención de costos puede limitar la cantidad de un medicamento cada vez que se abastece a menor cantidad del suministro máximo de días que de lo contrario es permitido. Por ejemplo, la mayoría de las prescripciones abastecidas a través de la farmacia especializada de pedidos por correo estarán limitadas a un suministro de menos de 34 días o 60 días.
- **Programa de abastecimiento anticipado:** Por lo general, usted no puede reabastecer una receta médica antes de lo permitido bajo cualquier norma aplicable, programas de seguridad o de contención de costos u otras reglas del Plan. En algunos casos, puede reabastecer su receta antes de lo que normalmente se permite. Por ejemplo, puede obtener un reabastecimiento anticipado si:
  - Usted demuestra que estará afuera del país cuando se quede sin un medicamento con receta. Si se aprueba su reabastecimiento anticipado, puede obtener un suministro de hasta 60 días por el copago aplicable de medicamentos al por menor.
  - Su medicamento se pierde o es robado.
  - Se queda sin un medicamento demasiado pronto porque malinterpretó las instrucciones o accidentalmente utilizó demasiado. Podrá obtener dicho reabastecimiento anticipado una sola vez de por vida por este medicamento.

Es posible que se le requiera utilizar el programa de administración de casos (case management program) para poder obtener un abastecimiento anticipado.

Llame a Hospitality Rx al **(844) 813-3860** si necesita un reabastecimiento anticipado de un medicamento.

- Seasonale® se elimina de la lista de medicamentos anticonceptivos que únicamente están disponibles en una cantidad de 90 días. Seasonale® no está en su formulario (la lista de medicamentos que están cubiertos).
- Los programas de seguridad y contención de costos determinarán la cantidad máxima de medicamentos con receta para el tratamiento de la impotencia masculina que puede obtener en cada abastecimiento. Estos medicamentos no siempre serán necesariamente limitados a 6 aplicaciones por mes y a un suministro inicial de 3 meses.

**Obtenga  
respuestas  
para todas  
sus preguntas:  
(866) 261-5676**

**Ahorre tiempo,  
conéctese en línea**

¡Visite su portal para miembros  
**[www.uhh.org/member](http://www.uhh.org/member)**  
para verificar reclamos, solicitar  
una tarjeta de ID y más!

UNITE HERE  
**HEALTH**

**[www.uhh.org](http://www.uhh.org)**

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

**Obtenga  
respuestas  
para todas  
sus preguntas:  
(866) 261-5676**

## **Farmacia** (continuación)

### ***Farmacia de medicamentos especializados***

*Vigente el 1 de Enero de 2019*

Usted debe utilizar la farmacia especializada para comprar todos los medicamentos especializados con receta, incluidos los medicamentos genéricos especializados y los medicamentos especializados recetados para tratar el VIH/SIDA.

AllianceRx Walgreens Prime ya no será su farmacia de medicamentos especializados. En su lugar, debe obtener sus medicamentos especializados a través de **Diplomat**.

#### **Diplomat**

(844) 857-5772

[www.diplomatpharmacy.com](http://www.diplomatpharmacy.com)

### ***Lo que no está cubierto***

Consulte su SPD para obtener una lista de las exclusiones y limitaciones generales que se aplican a sus beneficios. Por ejemplo, los tratamientos experimentales y de investigación, incluidos los medicamentos, no están cubiertos. Además de esas exclusiones, la sección “Lo que no está cubierto” que se muestra en su SPD se reemplaza con la lista a continuación:

- Medicamentos con receta que no han sido aprobados por la FDA. Sin embargo, el Fondo o su representante podría cubrir medicamentos con receta no aprobados por la FDA en ciertas situaciones. Usted o su profesional de cuidados de la salud pueden solicitar una excepción a través del programa de autorización previa del Fondo.
- Medicamentos o suministros no incluidos en el formulario, a menos que el Fondo o su representante otorgue una aprobación previa para el medicamento o suministro. Usted debe probar todas las alternativas en el formulario medicamento apropiados antes de que pueda obtener una excepción al formulario.
- Medicamentos o fármacos utilizados, consumidos o administrados en el lugar donde se dispensan, aparte de las inmunizaciones. (Estos medicamentos pueden estar cubiertos bajo sus beneficios médicos.)
- Recetas o reabastecimientos en cantidades superiores a los límites de cantidad.
- Vitaminas, suplementos dietéticos o ayudas dietéticas, excepto aquellos específicamente incluidos en el formulario.
- Medicamentos utilizados por razones cosméticas, incluyendo Rogaine y otros medicamentos para prevenir la caída del cabello.
- Hormona del crecimiento humano, excepto para tratar la emaciación debida al SIDA.
- Medicamentos u otros suministros cubiertos no comprados en una farmacia dentro de la red.

**Ahorre tiempo,  
conéctese en línea**

¡Visite su portal para miembros  
**[www.uhh.org/member](http://www.uhh.org/member)**  
para verificar reclamos, solicitar  
una tarjeta de ID y más!

**UNITE HERE  
HEALTH**

**[www.uhh.org](http://www.uhh.org)**

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

## **Farmacia** (continuación)

- Dispositivos anticonceptivos e implantes que no sean medicamentos anticonceptivos femeninos, dispositivos o suministros de venta libre y aprobados por la FDA para los cuales usted tenga una receta médica.
- Antihistamínicos no sedantes o bloqueadores de los receptores de histamina.
- Medicamentos para la fertilidad.
- Glucómetros, distintos de los que el Fondo le da de forma gratuita. Es posible que pueda obtener un glucómetro a través de los beneficios médicos si no desea uno de los gratuitos, pero normalmente tendrá que pagar parte o todo el costo.
- Medicamentos para el control del peso, a no ser que sea para el tratamiento de la obesidad mórbida bajo la supervisión directa de un proveedor de atención médica, y autorizado por escrito por el Fondo o su representante.
- Servicios y suministros de atención médica preventiva que debe obtener a través de los beneficios médicos.
- Medicamentos que requieren revisión bajo un programa de seguridad o contención de costos (como un medicamento que requiere autorización previa, o un medicamento sujeto al programa de terapia escalonada) si ese programa de seguridad o de contención de costos no es seguido, o no aprueba el medicamento.
- Medicamentos con receta nuevos en el mercado hasta que el Fondo o su representante haya revisado y aprobado el medicamento con receta.
- Medicamentos especializados con receta si usted no utiliza la farmacia especializada.
- Medicamentos de venta libre a menos que esté específicamente listado en el formulario.
- Medicamentos “me-too” (aparentemente nuevos) de alto costo, a menos que el Fondo o su representante apruebe la compra del medicamento. Los medicamentos “me-too” suelen tener muy pocas diferencias en su funcionamiento, pero son considerados medicamentos “nuevos” sin equivalente genérico. A menudo, el fabricante cobra precios altos por estos medicamentos a pesar de que hay otros medicamentos disponibles que funcionan igual de bien por un costo menor. Puede averiguar si un medicamento “me-too” está cubierto contactando a Hospitality Rx.
- Diagnóstico (medicamentos utilizados para ayudar en el proceso de diagnóstico de ciertas condiciones médicas).
- Medicamentos, fármacos o suministros que no están cubiertos bajo el Plan o las directrices de procesamiento de reclamos de la persona designada del Plan o cualquier otra regla interna, incluyendo, pero no limitado a, cualquier guía nacional utilizada por la comunidad médica.
- Alimentos médicos (los alimentos médicos pueden estar cubiertos bajo el beneficio médico).

**Obtenga  
respuestas  
para todas  
sus preguntas:  
(866) 261-5676**

**Ahorre tiempo,  
conéctese en línea**

¡Visite su portal para miembros  
**[www.uhh.org/member](http://www.uhh.org/member)**  
para verificar reclamos, solicitar  
una tarjeta de ID y más!

**UNITE HERE  
HEALTH**

**[www.uhh.org](http://www.uhh.org)**

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

**Obtenga  
respuestas  
para todas  
sus preguntas:  
(866) 261-5676**

## ***Médica***

### **Aclaraciones de su Descripción Resumida del Plan (SPD)**

Cuando los servicios requieren autorización previa a través de eviCore, usted o su proveedor deben obtener autorización antes de recibir el servicio. La revisión retrospectiva (después de recibir el servicio) no está disponible para los servicios de diagnóstico por imagen y radioterapia que requieren autorización previa de eviCore. Si usted utiliza un proveedor que no es un proveedor de Horizon Direct Access (como un proveedor de BlueCard o un proveedor fuera de la red), usted es responsable de obtener la autorización previa. Si usted o su proveedor no obtienen una autorización previa antes de recibir estos tipos de atención, su reclamo será denegado.

En caso de que se niegue su reclamo, recuerde que puede apelar dentro de los 12 meses posteriores a que recibió la negación a:

#### **The Appeals Subcommittee**

UNITE HERE HEALTH  
711 N. Commons Drive  
Aurora, IL 60504

### **La definición de “equipo médico duradero (DME por sus iniciales en inglés)” ha cambiado**

A partir del 1 de Noviembre de 2018, la definición de “DME” se ha cambiado para eliminar la regla de que el equipo debe estar aprobado para su pago por Medicare para estar cubierto por el Plan.

**Ahorre tiempo,  
conéctese en línea**

¡Visite su portal para miembros  
**[www.uhh.org/member](http://www.uhh.org/member)**  
para verificar reclamos, solicitar  
una tarjeta de ID y más!

UNITE HERE  
**HEALTH**

**[www.uhh.org](http://www.uhh.org)**

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

## General

### Recordatorio sobre el mandato individual de Massachusetts

*Esto se aplica únicamente si usted (o su dependiente) vive en Massachusetts.*

UNITE HERE HEALTH cree que usted no deberá la multa de impuestos de mandato individual de Massachusetts por los meses que tenga cobertura médica y de medicamentos con receta bajo este Plan Unit. Esto se debe a que diseñamos su cobertura médica y de medicamentos con receta para ayudarle a cumplir con los requisitos de cobertura mínima acreditable de Massachusetts.

Si usted vive en Massachusetts y necesita ayuda para comprender cómo el Plan cumple con las normas de Massachusetts para una cobertura mínima acreditable, o para obtener una copia de su Formulario MA Form HC-1099, por favor llámenos. UNITE HERE HEALTH no está ofreciendo asesoramiento fiscal o ninguna garantía bajo ninguna ley fiscal.

### Póngase en contacto con el Fondo si ya no desea cubrir a un dependiente

Puede solicitar al Fondo que deje de cubrir a su dependiente (o dependientes). Póngase en contacto con el Fondo para obtener más información sobre cómo dejar de cubrir a un dependiente, o cómo volver a inscribir a un dependiente si usted cambia de opinión.

### Restricción de Tribunal

A partir del 12 de Octubre de 2018, cualquier acción, reclamo, controversia o disputa relacionada con o derivada del Fondo, Plan, Descripción Resumida del Plan y/o Acuerdo Fiduciario debe presentarse y resolverse únicamente en el Tribunal de Distrito de los Estados Unidos para el Distrito Norte de Illinois (United States District Court for the Northern District of Illinois) y en cualquier tribunal en el que se escuchen las apelaciones de dicho tribunal.

**Obtenga  
respuestas  
para todas  
sus preguntas:  
(866) 261-5676**

**Ahorre tiempo,  
conéctese en línea**

¡Visite su portal para miembros  
**[www.uhh.org/member](http://www.uhh.org/member)**  
para verificar reclamos, solicitar  
una tarjeta de ID y más!

UNITE HERE  
**HEALTH**

**[www.uhh.org](http://www.uhh.org)**

P.O. Box 6020

Aurora, IL 60598-0020

**Obtenga  
respuestas  
para todas  
sus preguntas:  
(866) 261-5676**

## **General** (continuación)

### **Nuevo beneficio de beca disponible**

#### ***¿Qué es la beca John Wilhelm?***

El Beneficio de Becas otorgado por John Wilhelm Endowed Scholarship Benefit le ayuda a usted o a sus dependientes a obtener un título universitario (licenciatura) en el campo de las ciencias de la salud en la University of Nevada, Las Vegas (UNLV).

#### ***¿Soy elegible para aplicar a la beca?***

Usted o sus dependientes deben cumplir con las reglas a continuación para ser elegibles para aplicar a la beca.

Debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Elegibilidad del Fondo. Usted debe ser:
  - Un empleado actual, tanto actualmente elegible bajo el Fondo y ha sido elegible por lo menos 36 meses continuos. (Usted puede cumplir con esta regla basado en los meses que fue elegible bajo cualquier plan o fondo que se fusione con UNITE HERE HEALTH.)
  - Un dependiente elegible de un empleado actual que cumple con la regla anterior.
- Ser admitido en UNLV, y cursar estudios para un título universitario en Salud Pública, Enfermería u otra especialidad dentro de la School of Allied Health Sciences.
- Tener un promedio de calificaciones acumulado de 3.0 o más (GPA).
- Estar inscrito como estudiante a tiempo parcial o tiempo completo, y tener una categoría de junior o superior.

**Ahorre tiempo,  
conéctese en línea**

¡Visite su portal para miembros  
**[www.uhh.org/member](http://www.uhh.org/member)**  
para verificar reclamos, solicitar  
una tarjeta de ID y más!

**UNITE HERE  
HEALTH**

**[www.uhh.org](http://www.uhh.org)**

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

## **General** (continuación)

### ***¿Cómo aplico para la beca?***

Usted puede aplicar para la beca a través de la oficina de ayuda financiera y becas de UNLV y completando la aplicación Free Application for Federal Student Aid (FAFSA) y cualquier otro material requerido. Comuníquese con UNLV si necesita ayuda para obtener o completar los materiales de aplicación requeridos o para obtener información sobre los plazos de aplicación.

Debe aplicar a la beca cada año, incluso si la ha recibido en el pasado. Puede volver a aplicar cada año, incluso si no la recibió en años anteriores.

### ***¿Cómo funciona la beca?***

Basado en varios factores, el Fondo determinará el monto y el número de becas, si las hubiera, otorgadas para cada año académico. El Fondo también determinará si usted cumple con el requisito de elegibilidad del Fondo descrito anteriormente en la sección “¿Soy elegible para solicitar la beca?”. Las determinaciones con respecto al requisito de elegibilidad se harán a discreción única e independiente del Fondo y serán definitivas y vinculantes para todas las personas que apliquen para la beca.

UNLV seleccionará los beneficiarios finales de la beca y dará preferencia según la necesidad financiera y si ha recibido la beca anteriormente. Todas las decisiones con respecto a los beneficiarios de la beca se tomarán a discreción única e independiente de UNLV y serán definitivas y vinculantes para todas las personas que apliquen.

### ***¿Qué más necesito saber sobre la beca?***

- La beca únicamente puede ser utilizada para la matrícula en UNLV. No puede utilizar la beca para pagar las cuotas de inscripción, cuotas del cuerpo estudiantil, cuotas de actividades, libros, suministros, equipo, herramientas, comidas, alojamiento, estacionamiento o transporte.
- La beca no puede ser aplicada hacia títulos de postgrado.

**Obtenga  
respuestas  
para todas  
sus preguntas:  
(866) 261-5676**

**Ahorre tiempo,  
conéctese en línea**

¡Visite su portal para miembros

**[www.uhh.org/member](http://www.uhh.org/member)**

para verificar reclamos, solicitar  
una tarjeta de ID y más!

**UNITE HERE  
HEALTH**

**[www.uhh.org](http://www.uhh.org)**

P.O. Box 6020

Aurora, IL 60598-0020

**Obtenga  
respuestas  
para todas  
sus preguntas:  
(866) 261-5676**

## **General** (continuación)

- Las becas no están garantizadas cada año y pueden no ser otorgadas en cualquier año en particular.
- Los montos de las becas se aplicarán a la matrícula solo después de que se haya aplicado cualquier otra ayuda financiera, tal como, asistencia financiera pública o privada, becas o subsidios.

### ***¿Cuáles son mis derechos de apelación?***

Si usted o sus dependientes no obtienen el beneficio de la beca porque no cumple con el requisito de elegibilidad del Fondo descrito anteriormente en “¿Soy elegible para aplicar a la beca?,” puede apelar la denegación dentro de los 60 días de haber recibido la notificación de denegación.

Consulte su SPD para obtener más información sobre la revisión de su apelación por parte del subcomité, y cuándo se le notificará de la decisión del Subcomité de Apelaciones.

Envíe su apelación a:

#### **The Appeals Subcommittee**

UNITE HERE HEALTH  
711 N. Commons Drive  
Aurora, IL 60504

**Ahorre tiempo,  
conéctese en línea**

¡Visite su portal para miembros  
**[www.uhh.org/member](http://www.uhh.org/member)**  
para verificar reclamos, solicitar  
una tarjeta de ID y más!

UNITE HERE  
**HEALTH**

**[www.uhh.org](http://www.uhh.org)**

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