



Updates to Your Benefits

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).

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.



SHORT-TERM DISABILITY

Short-Term Disability (STD) benefit clarifications

Eligibility Rules for STD benefits

Basic STD benefit eligibility: You must be credited by the Fund with an average of at least 20 hours per week over the 12 weeks you actually worked or were available to work that immediately precede the month in which your disability begins.

Extended STD benefit eligibility: You must be credited by the Fund with an average of at least 32 hours per week over the 12 weeks you actually worked or were available to work that immediately precede the month in which your disability begins and be covered under the UNITE HERE HEALTH or Greater Boston Hotel Employees Local 26 Health and Welfare Fund for 3 or more years.

STD benefit amount and weekly pay

To calculate STD benefit amounts, weekly pay is based on:

How your average weekly pay is calculated



Average weekly hours
of 12 weeks worked immediately
prior to disability month



Hourly
Pay Rate

Note: Your Short-Term Disability benefit is still 2/3 of your average weekly pay

If you have not been employed by your employer for at least 12 weeks, the average hours will be based on the number of weeks you actually worked or were available for work.

Correction to Guardian's phone number

The phone number for Guardian listed in your SPD contains a typo. Please call the Boston Fund Office at (844) 267-4325 for questions regarding short term disability claims.

This is an important notice. Please have it translated. If you need translation assistance, contact UNITE HERE HEALTH at (844) 267-HEALTH (4325).

Este es un aviso importante. Sirvase mandarlo traducir. Si necesita asistencia con la traducción, llame a UNITE HERE HEALTH al (844) 267-4325.

Ceci est important. Veuillez faire traduire. Si vous avez besoin d'aide, appelez UNITE HERE HEALTH au (844) 267-4325.

此是重要文件，請將之譯成中文。如果您需要翻譯幫助，請致電 UNITE HERE HEALTH, 電話 (844) 267-4325。

Questions? Call your regional office at (844) 267-4325

New preventive care covered at no cost to you

Effective no later than April 1, 2015

You can get the following preventive care at no cost to you if you use a network provider:

- **Lung cancer screening:** If you smoke or used to smoke, you may be able to get a certain type of cancer screening. This test is called “low-dose computed tomography lung cancer screening.”
- **Prescription medications to help prevent breast cancer:** You may be able to get prescription medications to reduce your risk of getting breast cancer. These medications will be available to you if you are at high risk for breast cancer.
- **Tobacco use prevention for children:** Your doctor may talk to your children about why they should not use cigarettes, e-cigarettes, pipes, cigars, chewing tobacco or other types of tobacco. The doctor may also provide you and your children with other information about the health risks of tobacco products. This information and time with your doctor will usually be at no cost to you.
- **Hepatitis C screening:** If you are at high risk for getting Hepatitis C, you can get screened for Hepatitis C at no cost to you.
- **HIV screening, counseling and testing:** Most people can now get annual HIV screenings. Your doctor may also talk to you about how to prevent HIV infection.

Talk to your doctor to find out what preventive care you need. The types of preventive services and supplies that you can get at no cost to you when you use a network provider are based on the recommendations of certain national organizations, like the United States Preventive Services Task Force. The types of preventive care you can get at no charge may change during the year. Some preventive care may be added, and other care may no longer be provided for free.

New preventive care covered at no cost to you when you use a network provider includes:

- *Lung cancer screening*
- *Prescription medications to prevent breast cancer*
- *Tobacco use prevention for children*
- *Hepatitis C screening*
- *HIV screening*

You may also have to meet certain age and risk-factor rules.

Call Tufts with questions about whether you meet the rules for the new preventive care
(800) 462-0224

UNITE HERE HEALTH will tell you about these changes as soon as possible. However, you can always contact Tufts at (800) 462-0224 with questions about what types of preventive care will be covered at no cost to you, and to find out if you need to follow certain rules to get the care.

Questions? Call your regional office at (844) 267-4325

Changes to rules for signing up your dependents for coverage

Effective July 1, 2015

- A marriage license must include the marriage certificate.** A marriage license only shows that you and your spouse have applied to get married; it does not show that you and your spouse are actually married. Your marriage license will only be considered proof of your marriage to your spouse if:
 - It includes the date of your marriage AND
 - It includes the marriage certificate.
- English translations of documents are no longer required.** In order to enroll a spouse or child, you must show that the spouse or child meets the Plan's definition of a "dependent." The Plan has a list of documents that you can use to show your spouse or child is a dependent.

Correction: When your benefits end

If you are terminated, your benefits will end the last day of the month following the month in which you are terminated. Your SPD incorrectly states that benefits end on the last day of the month following your termination date.

New rules added to your plan

Effective July 1, 2015

Non-Assignment of Claims

You may not assign your claim for benefits under the Plan to a non-network provider without the Plan's express written consent. A non-network provider is any doctor, hospital or other provider that is not in a PPO or similar network of the Plan.

This rule applies to all non-network providers, and your provider is not permitted to change this rule or make exceptions on their own. If you sign an assignment with them without the Plan's written consent, it will not be valid or enforceable against the Plan. This means that a non-network provider will not be entitled to payment directly from the Plan and that you may be responsible for paying the provider on your own and then seeking reimbursement for a portion of the charges under the Plan rules.

Regardless of this prohibition on assignment, the Plan may, in its sole discretion and under certain limited circumstances, elect to pay a non-network provider directly for covered services rendered to you. Payment to a non-network provider in any one case shall not constitute a waiver of any of the Plan's rules regarding non-network providers, and the Plan reserves all of its rights and defenses in that regard.

Commencement of Legal Action

The following language is added to the top of the second page of the "Benefits at a Glance" section, as well as the "General Claim Provisions" section, of your SPD:

Neither you, your beneficiary, nor any other claimant may commence a lawsuit against the Plan (or its Trustees, providers or staff) for benefits denied until the Plan's internal appeal procedures have been exhausted. This requirement does not apply to your rights to an external review by an independent review organization ("IRO") under the Affordable Care Act.

If you finish all internal appeals and decide to file a lawsuit against the Plan, that lawsuit must be commenced no more than 12 months after the date of the appeal denial letter. If you fail to commence your lawsuit within this 12 month timeframe, you will permanently and irrevocably lose your right to challenge the denial in court or in any other manner or forum. This 12 month rule applies to you and to your beneficiaries and any other person or entity making a claim on your behalf.

Questions? Call your regional office at (844) 267-4325



Cambios a Sus Beneficios

Esta notificación constituye un Resumen de las Modificaciones a los Materiales (SMM, por sus siglas en inglés) en conformidad con la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 y sus enmiendas, y describe las últimas decisiones tomadas por el Consejo de Fideicomisarios de UNITE HERE HEALTH. Aquí se describen los cambios administrativos y a los beneficios que afectan la información incluida en la Descripción Resumida del Plan (SPD, por sus siglas en inglés).

Por favor, lea atentamente esta información atentamente y guárdela junto con su SPD para futura referencia. Independientemente de las modificaciones que se describen en este SMM, la información que figura en su Descripción Resumida del Plan y los SMM aplicables continúan vigentes.



DISCAPACIDAD DE CORTO PLAZO

Aclaraciones del beneficio por Discapacidad por Corto Tiempo (STD, en inglés)

Reglas de elegibilidad para los beneficios de STD

Elegibilidad básica para beneficios STD: El Fondo debe acreditarlo con un promedio de al menos 20 horas por semana sobre las 12 semanas que usted trabajó realmente o estuvo disponible para trabajar que preceden inmediatamente al mes en que comienza su discapacidad.

Elegibilidad extendida para beneficios STD:

El Fondo debe acreditarlo con un promedio de al menos 32 horas por semana sobre las 12 semanas que usted trabajó realmente o estuvo disponible para trabajar que preceden inmediatamente al mes en que comienza su discapacidad y estar cubierto bajo UNITE HERE HEALTH o Greater Boston Hotel Employees Local 26 Health y Welfare Fund por tres o más años.

Cantidad del beneficio STD y pago semanal

Con el objetivo de calcular la cantidad del beneficio STD, el pago semanal se basará en:

Cómo se calcula su salario semanal promedio



El promedio de horas semanales de 12 semanas trabajadas inmediatamente antes del mes de incapacidad



Salario por hora

Nota: Su beneficio por incapacidad a corto plazo sigue siendo 2/3 de su salario semanal promedio

Si no ha estado empleado por su empleador durante al menos 12 semanas, las horas promedio se basarán en el número de semanas que realmente trabajó o estuvo disponible para trabajar.

Corrección en el número telefónico de Guardián

El número de teléfono para el Tutor listado en su SPD contiene un error de tipeo. Llame a la Oficina de Boston Fund al (844) 267-4325 para hacer preguntas con respecto al reclamo de discapacidad de corto plazo.

¿Preguntas? Llame a la oficina regional al (844) 267-4325

Nueva atención preventiva cubierta sin costo para usted

Efectivo no después del 1° de Abril de 2015

Puede obtener la siguiente atención preventiva sin costo para usted si usa un proveedor de la red:

- **Evaluación del cáncer de pulmón:** Si fuma o solía hacerlo, puede hacerse un cierto tipo de evaluación de cáncer. Esta prueba se denomina "evaluación de cáncer de pulmón por tomografía computada de baja dosis."
- **Medicamentos prescritos para evitar el cáncer de mama:** Puede obtener medicamentos prescritos para reducir el riesgo de contraer cáncer de mama. Estos medicamentos estarán disponibles para usted si está en alto riesgo de cáncer de mama.
- **Prevención del uso del tabaco para los niños:** Su médico puede hablar con sus hijos sobre por qué no deberían fumar cigarrillos, cigarrillos electrónicos, pipas, cigarros, masticar tabaco u otros tipos de tabaco. El médico también puede proporcionar a usted y sus hijos otra información sobre los riesgos en la salud que causan los productos del tabaco. Esta información y tiempo con el médico no tendrán costo para usted.
- **Evaluación de la hepatitis C:** Si está en riesgo de enfermarse con hepatitis C, puede recibir una evaluación sin costo para usted.
- **Evaluación, asesoramiento y comprobación de VIH:** La mayoría de las personas ahora puede hacerse evaluaciones anuales para el VIH. Su médico también puede hablar con usted sobre cómo evitar la infección de VIH.

Hable con su médico para conocer qué atención preventiva necesita.

Los tipos de servicios y suministros preventivos que puede obtener sin costo para usted cuando use un proveedor de la red se basan en las recomendaciones de ciertas organizaciones internacionales como la Fuerza de tareas de servicios preventivos de los Estados Unidos. Los tipos de

La nueva atención preventiva cubierta sin costo para usted, cuando use un proveedor de la red, incluye:

- *Evaluación del cáncer de pulmón*
- *Medicamentos prescritos para evitar el cáncer de mama*
- *Prevención del uso del tabaco para los niños*
- *Evaluación de la Hepatitis C*
- *Evaluación de VIH*

También puede tener que seguir ciertas reglas de edad y factor de riesgo.

Llame a Tufts para hacer preguntas sobre si usted cumple con las reglas para una nueva atención preventiva.

(800) 462-0224

atención preventiva que puede obtener en forma gratuita pueden cambiar durante el año. Se pueden agregar más atenciones preventivas y otro tipo de atención puede no ser más gratuita.

UNITE HERE HEALTH le avisará sobre estos cambios cuanto antes sea posible. No obstante, siempre puede contactarse con Tufts al (800) 462-0224 para realizar preguntas sobre qué tipos de atención preventiva se cubrirán sin costo para usted y conocer si necesita seguir ciertas reglas para obtener la atención.

¿Preguntas? Llame a la oficina regional al (844) 267-4325

Cambios en las reglas, para ingresar a sus dependientes a su cobertura

Efectivo a partir de 1° de Julio de 2015

- **Una licencia de matrimonio debe incluir el certificado de matrimonio.** Una licencia de matrimonio sólo muestra que usted y su cónyuge han solicitado casarse; no demuestra que usted y su cónyuge se han casado realmente. Su licencia de matrimonio sólo se considerará prueba de su matrimonio con su cónyuge si:
 - Incluye la fecha de su matrimonio y
- **Ya no se requieren traducciones al inglés de los documentos.** Para inscribir a un cónyuge o hijo, debe mostrar que el cónyuge o hijo cumple con la definición del Plan de una “persona a cargo”. El Plan tiene una lista de documentos que puede utilizar para demostrar que su cónyuge o hijo es una persona a cargo. Ya no necesita entregar una traducción al inglés del documento.
 - Incluye el certificado de matrimonio.

Corrección: Cuando sus beneficios terminan

Si le dan la baja, sus beneficios finalizarán el último día del mes siguiente en que se dio la baja. Su SPD incorrectamente establece que los beneficios finalizan el último día del mes después de la fecha de baja.

Nuevas reglas agregadas a su plan

Efectivo a partir de 1° de Julio de 2015

Prohibición de cesión de reclamos

No es posible asignar un reclamo de beneficios del Plan a un proveedor que no está en la red, sin el expreso consentimiento escrito del Plan. Se considera proveedor fuera de la red a todo médico, hospital u otro proveedor que no está en un PPO o red similar del Plan.

Esta regla se aplica a todos los proveedores que están fuera de la red, y su proveedor no tiene permiso para cambiar esta regla o realizar excepciones, por su cuenta. Si usted firma una cesión con ellos, sin el consentimiento escrito del Plan, no tendrá validez o ni podrá aplicarse en el Plan. Esto significa que un proveedor que no esté en la red no tendrá derecho a recibir un pago directo del Plan y que usted será responsable de pagarle al proveedor, por su cuenta, y, luego, pedir el reintegro de una parte de los costos, según las reglas del Plan.

A pesar de la presente prohibición de cesión, el Plan puede, a su entera discreción y dentro de ciertas circunstancias limitadas, optar por pagarle a un proveedor que está fuera de la red, directamente, por los servicios que le haya prestado a usted. El pago a un proveedor fuera de la red, en ningún caso, constituirá una renuncia a alguna de las reglas del Plan, con respecto a los proveedores que se encuentran fuera de la red, y el Plan se reserva todos los derechos y defensas, en ese sentido.

Inicio de acciones legales

El siguiente párrafo se añade a la parte superior de la segunda página de la sección Beneficios en un vistazo, así como en la sección Cláusula general de reclamo, de su SPD:

Ni usted, ni su beneficiario, ni ningún otro demandante pueden iniciar juicio contra el Plan (o sus fideicomisarios, proveedores o empleados), por beneficios negados, hasta que se hayan terminado los procedimientos de apelación interna del Plan. Este requisito no se aplica a sus derechos, a una revisión externa, por una organización de revisión independiente (“IRO” en inglés), dentro de la Ley de cuidado asequible.

Si usted termina todas las apelaciones internas y decide entablar juicio contra el Plan, el juicio deberá iniciarse no más de 12 meses después de la fecha de la carta de negación de apelación. Si usted no inicia el juicio en 12 meses, perderá permanente e irrevocablemente su derecho a desafiar la negación en la corte o de cualquier otra manera o foro. La regla de 12 meses se aplica a usted y a sus beneficiarios, y a cualquier otra persona o entidad que realicen un reclamo en su nombre.

¿Preguntas? Llame a la oficina regional al (844) 267-4325