

UPDATES TO YOUR BENEFITS

CAA Introduction

Your Fund has made several changes following the passage of a new federal law, the Consolidated Appropriations Act of 2021 (CAA), which adds rules to protect you and your family from unexpected medical costs. This SMM describes these changes to your benefits. **All changes described in this SMM are effective April 1, 2022** (unless otherwise noted). This SMM includes other small changes to your benefits as well.

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 for medical care.

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 following list will state whether or not the provider can balance bill you.



(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.

Because of the pandemic, you generally have more time to do certain things, like file or appeal a claim, enroll your new dependent, or elect COBRA and make COBRA payments. Call us for more information.

UPDATES TO YOUR BENEFITS

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. (A new definition of “emergency medical treatment” is included later in this SMM.)

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).

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.

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

UPDATES TO YOUR BENEFITS

- 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.

Remember, 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. The provider may balance bill you.

There is no network provider in the required specialty

The network does not have a provider in the required specialty (this is rare), 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. Your SPD gives you information about appealing claims, including your right to external review. (External review is only available for denials based on medical judgement, claims subject to federal no surprises billing protections, and rescissions of coverage.)

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

UPDATES TO YOUR BENEFITS

Changes to Plan exclusions

The exclusions and limitations listed in the medical and general plan exclusions and limitations sections of your SPD will generally not apply to emergency medical treatment. 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).

Under the medical plan exclusions (What's not covered), the infertility services exclusion is changed to read: infertility services, other than for diagnostic services.

Changes to definitions

Allowable Charge

The definition of “allowable charge” shown in your SPD for non-network providers is updated.

Except where a different allowable charge is required by federal law for non-network emergency medical treatment or for claims subject to the federal surprise billing protections, the Plan calculates benefits for non-network providers based on an independent metric, such as Medicare rates, or the contracted network rates. This Plan will not pay the difference between what a non-network provider actually charges, and what is considered an allowable charge. You pay this difference in cost. (This is sometimes called “balance billing.”)

Emergency Medical Treatment

The definition of emergency medical treatment shown in your SPD is updated.

Emergency medical treatment means covered medical services used to treat a medical condition, including a mental health condition or substance abuse disorder, displaying acute symptoms of sufficient severity (including severe pain) that an individual with average knowledge of health and medicine could expect that not receiving immediate medical attention could place the health of a patient, including an unborn child, in serious jeopardy or result in serious impairment of bodily functions or bodily organs or body parts.

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

UPDATES TO YOUR BENEFITS

Emergency medical treatment includes services provided in the emergency department of a hospital or an independent freestanding emergency department. It also includes pre-stabilization services if you are admitted to the hospital from an emergency room, and post-stabilization services connected to the emergency medical treatment, such as outpatient observation or an inpatient or outpatient stay. However, emergency medical treatment will not include covered expenses after you give informed consent agreeing to give up your protections against balance billing as allowed under federal law.

Whether your treatment meets the definition of emergency medical treatment will be determined based on this definition rather than solely on your final diagnosis.

Change to interpretation of Plan provisions

The following language is added to the “Interpretation of Plan provisions” section of your SPD:

For claims subject to the independent dispute resolution process under the federal surprise billing protections, the independent dispute resolution entity has the sole authority to determine the allowable charges for purposes of provider payment. However, the independent dispute resolution entity has no authority over any other aspect of the Fund’s administration, including but not limited to the determination of what benefits are payable and what expenses are covered.

Download the UHH Member Portal mobile app!

Get 24/7 access to your benefits and more! Features include:

- Easy login—use the same username and password as the member portal (or create an account)
- Instant access to your medical ID cards
- View claims and eligibility information

To download the app, scan the QR code or search “UHH Member Portal” in your app store.

IPHONE



ANDROID



UPDATES TO YOUR BENEFITS

New addresses for Tufts Health Plan

Tufts Health Plan, your medical network provider, has a new address:

**Tufts Health Plan
1 Wellness Way
Canton, MA, 02021**

Network providers will generally file the claim for you. However, if you need to file a medical claim use this address:

**Tufts Health Plan
P.O. Box 178
Canton, MA, 02021**

If you need to appeal a denied medical claim, use this address:

**Tufts Health Plan
Attn: Appeals &
Grievances Department
P.O. Box 474
Canton, MA 02021**

Chiropractic care clarification

Network chiropractic care (not solely spinal manipulation) is covered up to 20 visits per person each calendar year, without a referral from your primary care provider.

Nutritional counseling clarification

Certain nutrition counseling visits do not count towards the visit limit shown in your SPD. For example, nutritional counseling visits that are considered preventive healthcare or that treat mental health or substance use diagnoses do not count toward, and are not subject to, the limit of 12 visits per person each calendar year. **Call Tufts at (800) 462-0224** if you have questions about the visit limit for nutritional counseling.

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

ACTUALIZACIONES DE SUS BENEFICIOS

CAA Introducción

Su Fondo ha realizado varios cambios luego de la aprobación de una nueva ley federal, la Ley de Asignaciones Consolidadas de 2021 (CAA por sus siglas en inglés), que agrega reglas para protegerlo a usted y a su familia de costos médicos inesperados. Este SMM describe estos cambios en sus beneficios. **Todos los cambios descritos en este SMM entrarán en vigor el 1 de abril de 2022** (a menos que se indique lo contrario). Este SMM también incluye otros pequeños cambios en sus beneficios.

Cuando 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 para atención médica.

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 o no facturarle el saldo.



(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 guárdela junto con su SPD, para futura referencia.

Excepto por lo descrito en el SMM, la información que contiene el SPD continúa vigente.

Debido a la pandemia, en general usted tiene más tiempo para hacer ciertas cosas, como presentar o apelar un reclamo, inscribir a un dependiente nuevo o elegir COBRA y hacer pagos de COBRA. Llámenos para obtener más información.

ACTUALIZACIONES DE SUS BENEFICIOS

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. (Más adelante en este SMM se incluye una nueva 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).

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

- Está embarazada y recibe atención para su embarazo.
- Está recibiendo tratamiento por una afección grave y compleja que requiere atención médica especializada.

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

ACTUALIZACIONES DE SUS BENEFICIOS

- Está recibiendo atención hospitalaria.
- Ha programado una cirugía no electiva (incluyendo los cuidados posoperatorios).
- 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.

Recuerde, 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. El proveedor puede facturarle el saldo.

No hay proveedor de la red en la especialidad requerida

La red no tiene un proveedor en la especialidad requerida (esto es raro), 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. Su SPD le brinda información sobre cómo apelar reclamos, incluyendo su derecho a una revisión externa. (La revisión externa solo está disponible para denegaciones basadas en el criterio médico, reclamaciones sujetas a protecciones federales de facturación sin sorpresas y rescisiones de cobertura).

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

ACTUALIZACIONES DE SUS BENEFICIOS

Cambios a las exclusiones del Plan

Las exclusiones y limitaciones enumeradas en las secciones de exclusiones y limitaciones del plan médico y general de su SPD generalmente no se aplicarán al tratamiento médico de emergencia. 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 médicamente necesario).

Bajo las exclusiones del plan médico (Lo que no está cubierto), la exclusión de servicios de infertilidad se cambia para que diga: servicios de infertilidad, que no sean servicios de diagnóstico.

Cambios en las definiciones

Cargos permitidos

Se actualizó la definición de “cargos permitidos” que se muestra en su SPD para proveedores fuera de la red.

Excepto cuando la ley federal exija un cargo permitido diferente para el tratamiento médico de emergencia fuera de la red o para reclamos sujetos a las protecciones federales de facturación sorpresa, el Plan calcula los beneficios para los proveedores fuera de la red en función de una métrica independiente, como las tarifas de Medicare, o las tarifas de red contratadas. Este Plan no pagará la diferencia entre lo que realmente cobra un proveedor fuera de la red y lo que se considera un cargo permitido. Usted paga esta diferencia en el costo. (Esto a veces se llama “facturación del saldo”).

Tratamiento médico de emergencia

Se actualiza la definición de tratamiento médico de emergencia que se muestra en su SPD.

Tratamiento médico de emergencia se refiere a los servicios médicos cubiertos utilizados para tratar una afección médica, incluida una afección de salud mental o un trastorno por abuso de sustancias, que muestren síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido el dolor intenso) que una persona con un conocimiento promedio sobre salud y medicina podría esperar que no reciba. la atención médica inmediata podría poner en grave peligro la salud de un paciente, incluido el feto, o provocar un deterioro grave de las funciones corporales o de los órganos o partes del cuerpo.

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

ACTUALIZACIONES DE SUS BENEFICIOS

El tratamiento médico de emergencia incluye los servicios prestados en el departamento de emergencias de un hospital o en un departamento de emergencias independiente e independiente. También incluye servicios de preestabilización si ingresa al hospital desde una sala de emergencias y servicios de posestabilización relacionados con el tratamiento médico de emergencia, como observación ambulatoria o una estadía como paciente hospitalizado o ambulatorio. Sin embargo, el tratamiento médico de emergencia no incluirá los gastos cubiertos después de que usted dé su consentimiento informado aceptando renunciar a sus protecciones contra la facturación del saldo según lo permitido por la ley federal.

Si su tratamiento cumple con la definición de tratamiento médico de emergencia se determinará en función de esta definición en lugar de únicamente en su diagnóstico final.

Cambio en la interpretación de las disposiciones del Plan

Se agrega el siguiente texto a la sección “Interpretación de las disposiciones del Plan” de su SPD:

Para las reclamaciones sujetas al proceso de resolución de disputas independiente bajo las protecciones federales de facturación sorpresa, la entidad de resolución de disputas independiente tiene la autoridad exclusiva para determinar los cargos permitidos para fines de pago al proveedor. Sin embargo, la entidad independiente de resolución de disputas no tiene autoridad sobre ningún otro aspecto de la administración del Fondo, lo que incluye, entre otros, la determinación de qué beneficios son pagaderos y qué gastos están cubiertos.

¡Descargue la aplicación móvil del Portal de Miembros de UHH!

¡Obtenga acceso las 24 horas, los 7 días de la semana a sus beneficios y más! Las características incluyen:

- Inicio de sesión fácil: use el mismo nombre de usuario y contraseña que el portal de miembros (o cree una cuenta)
- Acceso instantáneo a sus tarjetas de identificación médica
- Puede ver información sobre reclamos y elegibilidad

Para descargar la aplicación, escanee el código QR o busque “UHH Member Portal” en su tienda de aplicaciones.

IPHONE



ANDROIDE



ACTUALIZACIONES DE SUS BENEFICIOS

Nuevas direcciones para Tufts Health Plan

Tufts Health Plan, su proveedor de la red médica, tiene una nueva dirección:

**Tufts Health Plan
1 Wellness Way
Canton, MA, 02021**

Los proveedores de la red generalmente presentarán el reclamo por usted. Sin embargo, si necesita presentar un reclamo médico, use esta dirección:

**Tufts Health Plan
P.O. Box 178
Canton, MA, 02021**

Si necesita apelar un reclamo médico denegado, use esta dirección:

**Tufts Health Plan
Attn: Appeals &
Grievances Department
P.O. Box 474
Canton, MA 02021**

Aclaración de atención quiropráctica

La atención quiropráctica de la red (no solo la manipulación de la columna) está cubierta hasta 20 visitas por persona cada año calendario, sin una remisión de su proveedor de atención primaria.

Aclaración de consejería nutricional

Ciertas visitas de asesoramiento nutricional no cuentan para el límite de visitas que se muestra en su SPD. Por ejemplo, las visitas de asesoramiento nutricional que se consideran atención médica preventiva o que tratan diagnósticos de salud mental o uso de sustancias no cuentan y no están sujetas al límite de 12 visitas por persona cada año calendario. **Llame a Tufts al (800) 462-0224** si tiene preguntas sobre el límite de visitas para asesoramiento nutricional.

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

更新您的理賠福利

CAA 說明

經聯邦最新法律《2021 年綜合撥款法 (CAA)》通過後，您的基金有部分變更，該法案所新增的規則，保護您和家人免於意外的醫療費用。本 SMM 會說明這些與您理賠權益相關的變更。本 SMM 中說明的所有變更均於 2022 年 4 月 1 日生效 (除非另有說明)。本 SMM 亦包含有關您理賠權益的其他少數變更。

非網絡內保健業者可能被視為網絡的保健業者的情況

在下列特定情況，本計劃將依照網絡內成本分擔，給付非網絡內的服務費用，而網絡內成本分攤將會計入您於醫療護理的最大自付額。

在部分情況下，許可收費與保健業者的實際收費 (稱為差額收費) 之間的差額可能需要由您支付。在其他情況下，保健業者不可向您收取差額收費。保健業者是否向您收取差額收費的情況說明如下：

UNITE HERE
HEALTH

(844) 267-4325 • uhh.org

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


Better!

本文件是基於 1974 年《僱員退休收入保障法》而制定的重大修改摘要 (SMM)，修訂並總結 UNITE HERE HEALTH 董事會最近採取的行動。它描述了您的收益和行政變動，這些將影響到您的摘要計畫說明 (SPD) 包含的資訊。本 SMM 提及 SPD 中所有權益的變更，並且可能包括基於您或您的僱主的投票下而不適用於您的變更和權益。

請仔細閱讀此資訊；然後與 SPD 一同保存，以備將來參考。
除非本 SMM 中有說明，否則 SPD 中包含的資訊將繼續適用。

由於大流行，您通常會有更多時間做某些事情，例如提出申訴及索賠、註冊新的家屬或選擇 COBRA 並自行支付 COBRA。聯絡我們以獲取更多資訊。

更新您的理賠福利

在以下情況，非網絡內保健業者可能被視為網絡內保健業者：

急診醫療治療

您可以經由非網絡內的保健業者取得緊急醫療治療。非網絡內的保健業者不可向您收取急診醫療治療的差額收費。(本 SMM 稍後會說明「急診醫療治療」的新定義)

您使用網絡內醫院或網絡內門診手術中心

您在網絡內醫院 (包括門診部門) 或網絡內的門診手術中心看診，而經由非網絡內保健業者所取得的服務和用品。非網絡內的保健業者不可向您收取差額收費。但是，如果您向您的醫療保健專業人員提供知情同意書，同意放棄您的差額收費保護 (如果您不願意，則不必給予同意書)，則不適用此規定。

救護服務

您使用非網絡內的救護服務 (包括陸地、空中、水上)。非網絡內的空中救護提供者無法向您收取差額收費。非網絡內的陸地和水上救護提供者可以向您收取差額收費。

保健業者名錄錯誤

您依據本計劃的保健業者名錄，或者當保健業者確實不在您的網絡內，但本基金或 Tufts 告訴您保健業者在網絡內。如果您認為您的索賠符合本規則，請與 Tufts 聯絡。保健業者會向您收取差額收費。

請確保您隨時詢問保健業者是否在您的網絡內。

您的保健業者離開網絡

您正經由離開網絡的保健業者接受治療，並且您是聯邦法律所定義的「持續護理患者」，原因為：

- 您在懷孕中並為懷孕取得護理。
- 您正因嚴重而複雜的疾病，接受需要專門醫療護理的治療。

獲取所有問題的答案：(844) 267-4325 • uhh.org

更新您的理賠福利

- 您正在接受住院護理。
- 您已安排非選擇性手術 (包括術後護理)。
- 您患有末期疾病 (預計壽命 6 個月或以下)。

本基金將會持續為您經由該保健業者所獲得的承保服務，給付網絡內理賠達 90 天 (或直到您的持續性護理結束，如果更早)。在此情況下，非網絡內的保健業者不可向您收取差額收費。

如果您的保健業者離開網絡，您會收到通知。如果您認為自己符合持續護理患者的資格，同時希望繼續接受您的保健業者治療，**請致電 Tufts：(800) 462-0224**。請您務必在收到通知後 90 天內致電 Tufts。

如果您要求的持續性護理被拒絕，您將收到拒絕函和並保有上訴權利。針對被拒絕的持續性護理，其上訴屬於服務前的索賠上訴。

提醒您，在部分有限情況下，您可以繼續向 PCP 看診。如需更多資訊，請聯絡 Tufts。

緊急醫護

當您在 Tufts EPO Select 的服務區之外旅行時，保健業者會向您收取差額收費。

網絡內沒有所需要的專科醫療人員

該網絡沒有所需要的專科醫療人員 (少見情況)，只要您在進行護理前取得 PCP 的轉介和事先授權即可。保健業者會向您收取差額收費。

若您認為您的索賠未依照規則給付，則可以提出申訴。在您的 SPD 中有相關上訴索賠的資訊，包括您申請外部審查的權利。(外部審查僅適用於醫療判斷上的拒保、受到聯邦無意外收費保護的索賠，以及保險解約)

獲取所有問題的答案：(844) 267-4325 • uhh.org

更新您的理賠福利

本計畫不受保項目的變更

在您的 SPD 醫療和一般計劃有關不受保項目和限制一節，所列出的不受保項目和限制通常不適用於緊診醫療治療。無論在何種情況下，本基金不會承保任何不受保的治療 (例如，任何非醫療上必要的治療不屬於本基金的承保範圍)。

在醫療計劃不受保項目下 (不承保項目)，不孕症服務的不受保項目更改為：不孕症服務，除診斷服務外。

定義的變更

許可收費

對於非網絡內保健業者而言，SPD 所示的「許可收費」已更新定義。

針對非網絡內的急診醫療治療，以及聯邦意外收費保護的索賠，除非經由聯邦法律要求，否則不允許不同標準的許可收費，而本計劃針對非網絡內保健業者的理賠，會根據各別的指標計算，例如 Medicare 費率或簽約的網絡內費率。非網絡內保健業者實際收費與許可收費之間的差額，不屬於本計劃的給付範圍。您需要支付此類差額的費用。(有時稱為「差額收費」)

急診醫療治療

在您 SPD 中所示的急診醫療治療，已更新定義。

急診醫療治療 是用於治療某種病況所承保的醫療服務，包括精神健康疾病、藥物濫用病症，以及顯示具有嚴重急性症狀 (包括劇痛) 等，足使任何具有一般健康和醫學常識的個人，能預期患者 (包括胎兒) 若不立即就醫，將嚴重威脅或損害身體機能、器官或部位。

獲取所有問題的答案：(844) 267-4325 • uhh.org

更新您的理賠福利

急診醫療治療包含在醫院急診部門或各別獨立急診部門所提供的服務。該治療還包含您從急診室住院的病情穩定前服務，以及與急診醫療治療相關的穩定後服務，例如門診觀察、住院或門診住院。若您給予知情同意書，同意放棄聯邦法律所允許的差額收費保護後，緊診醫療治療的費用將不屬於我們的承保範圍。

你的治療是否符合急診醫療治療，將按照此定義，而非單由您最終的診斷結果決定。

本計畫條款解釋的變更

以下文字已添加到您 SPD 中的「計劃相關規定說明」：

針對在聯邦意外收費保護下有關獨立爭議解決程序之索賠，獨立爭議解決的實體對於保健業者以付款為目的之許可收費，具有唯一決定權。然而，獨立爭議解決的實體對於基金管理的任何其他方面不具權力，包括但不僅限於決定應給付何項理賠，以及承保何種費用。

快下載 UHH Member Portal 行動裝置應用程式！

馬上獲得全天候的理賠福利還有更多服務！

功能包括：

- 輕鬆登入：使用與會員入口網站相同的帳戶和密碼 (或建立新帳戶)
- 立即存取您的醫療會員卡
- 檢視索賠與資格的相關資訊

下載行動裝置應用程式，請掃描二維碼，或在您的應用程式商店中搜索「UHH Member Portal」

蘋果系統



安卓系統



更新您的理賠福利

Tufts 保健計畫的新地址

您的醫療網絡提供者，Tufts Health Plan 有新的地址：

**Tufts Health Plan
1 Wellness Way
Canton, MA, 02021**

網絡內的保健業者通常會為您提出索賠。但若您想要提出醫療索賠，請使用以下地址：

**Tufts Health Plan
P.O. Box 178
Canton, MA, 02021**

若您想要對被拒絕的醫療索賠提出上訴，請使用以下地址：

**Tufts Health Plan
Attn: Appeals &
Grievances Department
P.O. Box 474
Canton, MA 02021**

脊柱神經照護說明

網絡內的脊柱神經照護 (不限於整脊)，承保每人每個日曆年達 20 次的就診，而無需您的基本照護醫療人員提供轉介。

營養諮詢說明

部分營養諮詢就診不計入您 SPD 中所示的就診次數限制。例如，被認為是預防性保健、精神健康治療、或藥物使用診斷的營養諮詢就診，不計入也不限於每人每個日曆年 12 次的就診次數限制。如果您對營養諮詢的就診限制有任何問題，請致電 Tufts 專線：(800) 462-0224。

獲取所有問題的答案：(844) 267-4325 • uhh.org