ELIGIBILITY

The changes described in this SMM also affect your Summary of Benefits and Coverage (SBC). Remember, you can always get a copy of your SBC by visiting **www.uhh.org/library** or by calling the Fund.

Super Saver Plan

Effective January 1, 2021 through October 31, 2021

Super Saver is not available if you are 1) a retiree, or 2) enrolled in a Medicare supplement benefit or Medicare deductible reimbursement benefit, or 3) not enrolled in the medical benefits

Super Saver hotline:

(855) 321-4373

You recently received a flyer and Frequently Asked Questions (FAQs) about a new, affordable option, called Super Saver. The Super Saver option is available if you lose coverage between June 30, 2020 through September 30, 2021 because of no work, layoff, or reduced hours. It's a cost-effective way for you (and any dependents who were enrolled when you lost coverage) to continue the same medical, prescription drug, dental, and vision benefits. It does not include life or disability (if applicable under your Plan). It has a flat cost per month and lasts for up to 4 months. You will have the opportunity to elect COBRA when your Super Saver coverage ends.

While you have Super Saver, you generally can't add dependents or change benefit options (if available). However, if you have a special enrollment event while you have Super Saver, you can add new dependents or make changes.

UNITE HERE HEALTH

(800) 419-4373 • 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.

ELIGIBILITY *(continued)*

If you have a special enrollment event, contact the Fund for more information about when enrollment materials are due and when changes will be effective.

Special enrollment events include:

- Termination of other health coverage you (or your dependent) had when you previously became eligible for coverage (or your dependent first became eligible for coverage). If your (or your dependent's) other coverage was COBRA, you have a special enrollment right only if you (or your dependent) have exhausted the COBRA maximum continuation period.
- Your marriage.
- The birth of a child.
- The adoption or placement for adoption of a child under age 26.
- A dependent previously living in a foreign country comes to the United States and takes up residence with you.
- The loss of your or a dependent's eligibility for Medicaid or Child Health Insurance Program (CHIP) benefits.
- When you or a dependent becomes eligible for financial assistance under Medicaid or CHIP to help pay for the cost of UNITE HERE HEALTH's dependent coverage.

If there's an open enrollment period while you have Super Saver, or if your Plan allows changes at any time, you can request changes, but they won't become effective until after Super Saver ends — for example, when you regain eligibility or choose COBRA coverage.

If you want to stop covering a dependent while you have Super Saver, contact the Fund. (You must complete a form to stop covering your spouse.)

You can visit www.uhh.org/supersaver to get more information, including a copy of the Super Saver FAQs, how much it costs per month and when payments are due.

Reestablishing Eligibility

The Trustees approved a temporary change to help you regain coverage for benefits quicker. In order to reestablish eligibility during the period of January 1, 2021 through December 31, 2022, you can use the Plan's continuing eligibility rules as long as your loss of eligibility is less than 24 months.

ELIGIBILITY *(continued)*

If your loss of eligibility lasts for 24 months or more, you must again satisfy the Plan's initial eligibility rules. See your SPD for more details about the continuing and initial eligibility rules.

If you reestablish eligibility on and after January 1, 2023, the regular Plan rules for reestablishing eligibility, as shown in your SPD, will apply again.

DENTAL

Dental PPO Benefits—Effective January 1, 2021

Effective January 1, 2021, Delta Dental of Illinois (Delta Dental) will administer dental benefits for you and your dependents. Delta Dental will coordinate your dental benefits according to their regular practices. These rules are similar to those shown in your SPD for coordination of other benefits.

The following language replaces the dental benefits section of your SPD.

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

DENTAL PPO BENEFITS

Description of Services	Delta Dental PPO Network Providers	Delta Dental Premier Dentists and Non-Network Providers
Calendar Year Maximum Benefit for Dental *(non-ortho)* Treatment	$1,000 per person	
Lifetime Maximum Benefit for Orthodontic Treatment	$1,000 per child under age 19	
Calendar Year Deductible	$50 per person; $150 per family	

DENTAL *(continued)*

DENTAL PPO BENEFITS

Description of Services	Delta Dental PPO Network Providers	Delta Dental Premier Dentists and Non-Network Providers
	What You Pay for Your Covered Dental Care	
Diagnostic and Preventive Services *(Examples: oral exams, emergency palliative care, x-rays, routine cleaning, fluoride treatment, sealants, space maintainers)*	$0 (no deductible)	20% (no deductible)
Minor Restorative Services *(Example: fillings)*	$0 (no deductible)	20% (no deductible)
Endodontic Services *(Example: root canals)*	50% after deductible	60% after deductible
Periodontic Services *(Examples: scaling and root planing, full-mouth debridement, periodontal (gum) maintenance, certain surgical periodontal services)*	50% after deductible	60% after deductible
Oral Surgery *(Examples: extractions (simple and surgical), certain sedation procedures)*	50% after deductible	60% after deductible
Prosthodontic Maintenance *(Examples: adjustments and repairs to dentures)*	50% after deductible	60% after deductible
Prosthodontic Services *(Examples: complete or partial dentures, bridges)*	50% after deductible	60% after deductible
Major Restorative Services *(Examples: onlays, crowns, harmful habit appliances, athletic mouth guards)*	50% after deductible	60% after deductible
Orthodontic Treatment — limited to children under 19	50% (no deductible)	50% (no deductible)

DENTAL *(continued)*

Network vs. non-network providers

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

- ✓ Your network is the Delta Dental PPO network.
- ✓ Delta Dental Premier dentists are non-network providers. You may still save money using Premier dentists, because they will not balance bill you. (This means they won't bill you for the difference between Delta Dental's allowable charge and the dentist's actual charge). However, your cost-sharing will be the non-network benefit percentages.

Find a network provider near you

Delta Dental of Illinois

(800) 323-1743

www.deltadentalil.com

What you pay

You must pay your cost-share (deductible and coinsurance) for covered expenses. You must also pay any expenses that aren't covered, including any amounts over the allowable charge.

Your $50 and $150 deductibles only apply to dental benefits. Amounts you pay for medical, prescription drugs, or vision care will not apply to the $50 and $150 deductibles.

Maximum benefits

Dental care maximum benefit for non-orthodontic care

The Plan pays up to $1,000 per person each year for dental care (network and non-network combined). Once the Plan pays this maximum benefit, it won't pay for any more dental care for the rest of that year.

Orthodontic treatment maximum benefit

The Plan pays 50% for orthodontic treatment, up to a lifetime maximum of $1,000 per covered dependent child. Once the Plan pays this maximum benefit, it won't pay for any more orthodontic treatment.

DENTAL *(continued)*

Alternate course of treatment

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

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

What's covered

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

There are limits on how often certain services and supplies are covered. If the amount of time shown below hasn't passed since the service or supply was last provided, you may have to pay 100% of the cost. You can always contact Delta Dental to find out the last time you got benefits for a certain service or supply. A time limit starts on the date you last got the service or supply. Time limits are measured in consecutive months or years. If you need a service or supply that isn't listed below, contact Delta Dental to find out if there are any applicable limits.

Diagnostic and preventive services:

- Oral exams, including periodontal evaluations and problem-focused evaluations.
- Periodic oral exams—2 per year.
- X-rays:
  - Intra-oral periapical radiographs.
  - Bitewing x-rays—2 series per year.
  - Full mouth x-rays (which include panoramic and vertical bitewing x-rays)—1 every 36 months.
- Diagnostic casts.
- Pulp vitality tests—1 per visit.

DENTAL *(continued)*

- Prophylaxes (cleaning)—2 per year.
  - ✓ If you have certain conditions, you may be eligible for additional cleanings each year. See the Enhanced Benefits Program below.
- Topical application of fluoride for children under age 19—2 per year.
  - ✓ If you have certain conditions, you may also be eligible for topical application of fluoride. See the Enhanced Benefits Program below.
- Space maintainers for children under age 14—1 per lifetime.
- Recementation of space maintainers for children under age 14—1 per lifetime.
- Sealants to the posterior teeth for children under age 16—1 per tooth every 36 months.
- Emergency palliative care (to temporarily relieve pain and discomfort).
- Consultations.

Minor restorative services:

- Amalgam and resin-based composite fillings—1 per surface every 12 months.

Endodontic services:

- Pulpal and root canal therapy.
- Pulpal therapy (resorbable filling)—1 per tooth per lifetime.

Periodontic services:

- Periodontal therapy, including treatment for diseases of the gums and bone supporting the teeth—1 per quadrant every 24 months.
- Gingivectomy or gingivoplasty; gingival flap procedures.
- Clinical crown lengthening (hard tissue).
- Osseous surgery (including flap entry and closure).
- Guided tissue regeneration.
- Bone replacement and soft tissue grafts.
- Periodontal scaling and root planing.

DENTAL *(continued)*

- Full mouth debridement—1 per lifetime.
- Periodontal maintenance—2 per year.

  ✓ If you have certain conditions, you may be eligible for additional periodontal maintenance each year. See the Enhanced Benefits Program below.

Oral surgery:

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

Prosthodontic maintenance:

- Adjustments to complete and partial dentures—2 every 12 months.
- Repairs to complete and partial dentures—1 every 24 months.
- Replacement of missing or broken teeth.
- Addition of tooth or clasp to existing partial dentures—1 per lifetime.

DENTAL *(continued)*

- Replacement of all teeth and acrylic on cast-metal framework—1 per lifetime.
- Denture rebase—1 every 24 months.
- Denture relines—1 every 24 months.

Prosthodontic services:

- Complete and partial dentures.
- Pontics.
- Fixed partial denture retainers (inlays, onlays, crowns).
- Recement fixed partial denture—1 per lifetime.
- Fixed partial denture (bridge) repair.
- Cast or prefabricated post and core; core build-up.

Major restorative services:

- Onlays (permanent teeth only).
- Crowns and ceramic restorations (permanent teeth only).
- Recementation of inlays, onlays, partial coverage restorations, cast or prefabricated posts and cores and crowns.
- Prefabricated stainless steel crowns for children under age 12.
- Sedative fillings—1 per tooth per lifetime.
- Crown repair.
- Pin retention.
- Cast or prefabricated post and core; core build-up.
- Post removal.
- Harmful habit appliance—1 per lifetime.
- Athletic mouth guards—1 every 24 months.

Orthodontic treatment, limited to dependent children under age 19.

DENTAL *(continued)*

Enhanced Benefits Program

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

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

What's not covered

See your SPD for a list of the types of treatments, services, and supplies that aren't covered by the Plan. In addition to that list, the following types of treatments, services, and supplies aren't covered under the dental PPO benefits:

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

DENTAL *(continued)*

- A crown build-up if there isn't radiographic evidence of sufficient vertical height (more than 3 millimeters above the crestal bone) on a tooth to support a cast restoration.
- Recementing of inlays, onlays, partial coverage restorations, cast and prefabricated posts and cores and crowns by the same office within 6 months of the initial placement.
- Additional procedures to construct a new crown under the existing partial denture framework within 6 months following initial placement.
- Sedative fillings requested or placed on the same date as a permanent filling.
- Retreatment of the same tooth within 2 years when a benefit has been issued for endodontic services.
- Endodontic procedures performed in conjunction with complete removable prosthodontic appliances.
- Surgical periodontic services not performed in association with natural teeth.
- Guided tissue regeneration billed in conjunction with implantology, ridge augmentation/sinus lift, extractions or periradicular surgery/apicoectomy.
- Crown lengthening or gingivoplasty, if not performed at least 4 weeks prior to crown preparation.
- Bone replacement grafts performed in conjunction with extractions or implants.
- Periodontal splinting to restore occlusion.
- Replacement of any existing prosthodontic appliance (cast restorations, fixed partial dentures, removable partial dentures, complete denture) with any prosthodontic appliance within 60 months following initial placement of the existing appliance.
- A fixed partial denture, when requested or placed in the same arch as a removable partial denture.
- Reline or rebase of an existing appliance within 6 months following initial placement.
- Fixed or removable prosthodontics for a patient under age 16.
- Tissue conditioning.
- A pontic when the edentulous (toothless) space between teeth is less than 50% of the size of the missing tooth.
- When performed in conjunction with other oral surgery, mobilization of an erupted or malpositioned tooth to aid eruption or placement of a device to facilitate eruption of an impacted tooth.

DENTAL *(continued)*

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

DENTAL *(continued)*

- Infection control procedures and fees associated with compliance with Occupational Safety and Health Administration (OSHA) requirements.
- Broken appointments.
- Services and supplies for any illness or injury occurring on or after you become covered under the Plan as a result of war or an act of war.
- Services for, or in connection with, an intentional self-inflicted injury or illness while sane or insane, except when due to domestic violence or a medical (including both physical and mental) health condition.
- Services and supplies received from either your or your spouse's relative, any individual who ordinarily resides in your home, or any such similar individual.
- Services for, or in connection with, an injury or illness arising out of the participation in, or in consequence of having participated in, a riot, insurrection or civil disturbance, or the commission of a felony.
- Charges for services for inpatient/outpatient hospitalization.
- Services or supplies for oral hygiene or plaque control programs.
- Implants.

Predetermination of dental benefits

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

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

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

DENTAL *(continued)*

Dental benefits after eligibility ends

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

However, if your coverage ends after your treatment starts for crowns, jackets, bridges, complete dentures, or partial dentures, the Plan continues to pay benefits for these, as long as treatment is completed within 60 days of the date you lose coverage.

Claims and appeals under the dental PPO

Dental PPO benefits claims

Delta Dental PPO and Premier dentists usually will file dental claims for you. However, if you need to file a claim (for example: because you used a non-network provider), you should send the claim to Delta Dental.

Written notice and proof of claim must be received within 18 months following the date the claim was incurred.

The rules (including time frames Delta Dental must follow to make a decision) are shown in your SPD, in the section titled "Claim filing and appeal provisions."

File a dental claim

Delta Dental

P.O. Box 5402
Lisle, IL 60532

Dental PPO benefits appeals

If you disagree with all or any part of a claim denial, you may file an appeal directly to the Appeals Subcommittee of UNITE HERE HEALTH within 12 months of your receipt of the denial. The rules for filing an appeal directly with the Appeals Subcommittee are shown in your SPD, in the section titled "Claim filing and appeal provisions" under the section "One level of appeal for most other claims."

MEDICAL

New prior authorization rules

- ***Effective February 1, 2021:***
  - New phone number to call for prior authorization and case management: (844) 462-7812
  - New 24/7 nurse line: (866) 823-9827
- ***Effective May 1, 2021:***
  - New prior authorization rules

Effective February 1, 2021, call HealthCheck360 for prior authorization

HealthCheck360 is replacing MCM. Beginning February 1, 2021, contact HealthCheck360 for prior authorization and case management services.

The types of care that requires prior authorization will change May 1, 2021. See the next section of this SMM for information about your new prior authorization rules, effective May 1, 2021.

If you call after hours, you can leave a message and a HealthCheck360 nurse will return your call the next business day. If you have a current prior authorization on file with MCM, it will be automatically transferred to HealthCheck360 —you don't need to do anything.

HealthCheck360

(844) 462-7812

(866) 823-9827
(24/7 nurse line)

You will get new Blue Cross Blue Shield of Illinois ID cards soon. Please use these new cards starting February 1.

MEDICAL *(continued)*

Appealing prior authorization denials

See page H-9 in your SPD for information about appealing prior authorization denials. You must submit your first level appeals to HealthCheck360.

Nurse Line

HealthCheck360 offers a free 24/7 nurse line to answer questions about your or your family's health. The HealthCheck360 nurse line is open 24 hours a day, 7 days a week, and 365 days a year.

The nurse can help answer questions like:

- Should I see my PCP or go to the emergency room?
- What are the side effects of my medications?
- Will my new medication interact with other medications?

HealthCheck360

Appeals

800 Main St.
Dubuque, IA, 52001

(844) 462-7812

Nurse Line

(866) 823-9827

Effective May 1, 2021, new prior authorization rules apply

Get prior authorization for certain services and supplies

✓ If you use a network provider for an inpatient stay, the inpatient facility must get prior authorization for you.

You or your healthcare provider must get prior authorization before you get any of the types of care listed below. If you don't get prior authorization before you receive these types of care, your claim may be denied. Making sure you get prior authorization first helps you avoid surprise med-ical bills. **If you get treatment, services, or supplies that are not approved, not covered, or are not medically necessary, you pay 100% of your care.**

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

MEDICAL *(continued)*

When to call for prior authorization

The prior authorization list may change from time to time. Contact the Fund at **(800) 419-4373** for the most up-to-date information.

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

- Any inpatient admission, regardless of the type of facility or care, including but not limited to admissions following observation or an emergency visit, skilled nursing facility care, hospice care, acute rehabilitation care, long-term acute facility care, residential treatment, maternity admissions following 48 hours for a vaginal delivery and 96 hours following a Cesarean delivery, and elective Cesarean section (C-section) admissions under 38 weeks
- Bariatric surgery (including but not limited to gastric bypass and banding procedures)
- Blepharoplasty
- Chemotherapy
- Clinical trials
- Diagnostic imaging services as follows:
  - CT, CTA, and CAT scans (computed tomography scintiscan or computerized axial tomography scintiscan)
  - MRA and MRI (magnetic resonance angiography or magnetic resonance imaging)
  - PET scan (positron emission tomography scintiscan)
- Dialysis – *notification only*
- Durable medical equipment over $500 (including breast pumps costing over $500)
- Electroconvulsive therapy (ECT)
- Gender reassignment surgical services and certain hormone therapy
- Genetic testing
- Gynecomastia surgery

HealthCheck360

(844) 462-7812

(866) 823-9827
(24/7 nurse line)

MEDICAL *(continued)*

- Habilitative therapy for children with autism spectrum disorder
- Hospice services
- Hyperbaric oxygen therapy treatment
- Hysterectomy
- Select injectable, infused, ingested, or inhaled medications administered by your provider in an outpatient setting
- Joint replacements, including but not limited to hip and knee replacements
- Laminectomy
- Le Fort osteotomy
- Lipectomy and panniculectomy
- Mammoplasty (breast reduction)
- Medical foods for inborn errors of metabolism
- Orthognathic surgery
- Orthotics or prosthetics (including podiatric orthotics) over $500
- Partial hospitalization and intensive outpatient programs
- Physical, occupational, and speech therapy after the first 12 visits
- Radiation therapy
- Reconstructive surgery
- Sinus surgery (including but not limited to rhinoplasty, and/or septoplasty, and submucous resection)
- Skilled services provided in a home setting, including home healthcare, home therapy (PT, OT, ST) and home infusion
- Sleep studies
- Temporomandibular joint surgery
- Transcranial magnetic stimulation (TMS)
- Transplant services
- Travel and lodging
- Varicose vein procedures (including vein sclerotherapy)

MEDICAL *(continued)*

You should contact HealthCheck360 before getting any of the above types of services and supplies, or being admitted as an inpatient. This list changes from time to time. Contact the Fund at **(800) 419-4373** for the most up-to-date information.

For emergency or urgent admissions, be sure to call no later than the first business day following the admission. No prior authorization is required for emergency medical treatment you get in an emergency room or while you are in observation in the hospital.

If you are hospitalized because you are having a baby, you do not need to call HealthCheck360 for prior authorization unless your stay will be longer than 48 hours following a vaginal childbirth, or 96 hours following a Cesarean section, or for an elective Cesarean section prior to the 38th week. This protection under the Newborns' and Mothers' Health Protection Act (NMHPA) also means your benefits are not restricted during the 48-hour period (or 96-hour period, as applicable). However, NMHPA doesn't prohibit your (or your newborn's) attending provider from discharging you or your newborn earlier than 48 hours (or 96 hours as applicable), after consulting with you first.

See your SPD *("Rules for prior authorization of benefits" starting on page H-7)* for information about when the applicable entity must respond to your request for prior authorization and information about how to appeal a prior authorization denial.

Case management program

You and your dependents may be eligible for the case management program under certain circumstances, including if you have a complex or chronic medical condition. You may be contacted to participate in case management, but you or your healthcare provider can also request case management services. HealthCheck360 provides case management services.

If you are selected for the case management program, a case manager will work with you and your healthcare providers to create a treatment plan and help you manage your care. The goal of case management is to make sure that your healthcare needs are met while helping you work toward the best possible health outcome, and managing the cost of your care.

The case manager may recommend treatments, services, or supplies that would not normally be covered but are medically appropriate and more cost-effective than the original treatment proposed by your healthcare provider. UNITE HERE HEALTH, at its discretion and in its sole authority, may approve coverage for those alternatives, even if the treatment, service, or supply would not normally be covered.

MEDICAL *(continued)*

In some cases, case management may be required. For example, you may be required to use the case management program in order to get benefits for transplants or travel and lodging costs. If you do not use the case management program when required, Plan benefits may not be payable. Unless specified as mandatory, it is your choice whether or not to join the case management program, and whether or not to follow the program's recommendations.

ELIGIBILITY

COBRA language replaced

Effective May 1, 2020, the COBRA language in your SPD is replaced in its entirety with the following language:

COBRA Continuation Coverage

The right to COBRA continuation coverage, which is a temporary extension of coverage under the Plan, was created by a federal law, the Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985 (COBRA). COBRA continuation coverage can become available to you and other members of your family when group health coverage would otherwise end. **This SMM explains COBRA continuation coverage, when it may become available to you and your family, and what you need to do to protect your right to get it.** For more information about your rights and obligations under the Plan and under federal law, you should read this SMM or contact the Fund.

What is COBRA continuation coverage?

COBRA continuation coverage is a continuation of Plan coverage when it would otherwise end because of a life event. This is also called a "qualifying event." Specific qualifying events are listed later in this section.

ELIGIBILITY *(continued)*

After a qualifying event, COBRA continuation coverage must be offered to each person who is a "qualified beneficiary." You, your spouse, and your dependent children could become qualified beneficiaries if coverage under the Plan is lost because of the qualifying event. Under the Plan, qualified beneficiaries who elect COBRA continuation coverage must pay for COBRA continuation coverage.

Continuation coverage is the same coverage that the Plan gives to other participants or beneficiaries under the Plan who are not receiving continuation coverage, except that you cannot continue life and accidental death and dismemberment insurance, or short-term disability benefits. Each qualified beneficiary who elects continuation coverage will have the same rights under the Plan as other participants or beneficiaries covered under the Plan, including open enrollment and special enrollment rights.

If you're an employee, you'll become a qualified beneficiary if you lose your coverage under the Plan because of the following qualifying events:

- Your hours of employment are reduced;
- Your employment ends for any reason other than your gross misconduct; or
- Your employer withdraws from UNITE HERE HEALTH.

If you're the spouse of an employee, you'll become a qualified beneficiary if you lose your coverage under the Plan because of the following qualifying events:

- Your spouse dies;
- Your spouse's hours of employment are reduced;
- Your spouse's employment ends for any reason other than his or her gross misconduct;
- Your spouse's employer withdraws from UNITE HERE HEALTH;
- Your spouse becomes entitled to Medicare benefits (under Part A, Part B, or both); or
- You become divorced or legally separated from your spouse.

Your dependent children will become qualified beneficiaries if they lose coverage under the Plan because of the following qualifying events:

- The parent-employee dies;
- The parent-employee's hours of employment are reduced;

ELIGIBILITY *(continued)*

- The parent-employee's employment ends for any reason other than his or her gross misconduct;
- The parent-employee's employer withdraws from UNITE HERE HEALTH;
- The parent-employee becomes entitled to Medicare benefits (Part A, Part B, or both);
- The parents become divorced or legally separated; or
- The child stops being eligible for coverage under the Plan as a "dependent child."

When is COBRA continuation coverage available?

The Plan will offer COBRA continuation coverage to qualified beneficiaries only after the Plan Administrator has been notified that a qualifying event has occurred. The employer must notify the Plan Administrator of the following qualifying events:

- The end of employment or reduction of hours of employment;
- Death of the employee; or
- The employee's becoming entitled to Medicare benefits (under Part A, Part B, or both).

UNITE HERE HEALTH uses its own records to determine when participants' coverage under the Plan ends.

For all other qualifying events (divorce or legal separation of the employee and spouse or a dependent child's losing eligibility for coverage as a dependent child), you must notify the Plan Administrator within 60 days after the qualifying event occurs. You must provide this notice to UNITE HERE HEALTH.

You should use the Fund's forms to provide notice of any qualifying event, if you or a dependent are determined by the Social Security Administration to be disabled, or if you are no longer disabled. You can get a form by calling the Fund at **(800) 419-4373**.

If you have a qualifying event, contact us within 60 days

UNITE HERE HEALTH

Attn: COBRA Department
P.O. Box 6557
Aurora, IL
60589-0557

ELIGIBILITY *(continued)*

How is COBRA continuation coverage provided?

Once the Plan Administrator receives notice that a qualifying event has occurred, it will determine if you or your dependents are entitled to COBRA continuation coverage.

- If you or your dependents are not entitled to COBRA continuation coverage, you or your dependent will be mailed a notice within 14 days after UNITE HERE HEALTH has been notified of the qualifying event. The notice will explain why COBRA continuation coverage is not available.
- If you or your dependents are entitled to COBRA continuation coverage, you or the dependent will be mailed a description of your COBRA continuation coverage rights and the applicable election forms. The description of COBRA continuation coverage rights and the election forms will be mailed within 45 days after UNITE HERE HEALTH has been notified of the qualifying event. These materials will be mailed to those entitled to continuation coverage at the last known address on file.

COBRA continuation coverage will be offered to each of the qualified beneficiaries. Each qualified beneficiary will have an independent right to elect COBRA continuation coverage. Covered employees may elect COBRA continuation coverage on behalf of their spouses, and parents may elect COBRA continuation coverage on behalf of their children.

You must complete a COBRA continuation coverage election form and submit it within 60 days from the later of the following dates:

- The date coverage under the Plan would otherwise end.
- The date the Fund sends the election form and a description of the Plan's COBRA continuation coverage rights and procedures.

If your or your dependents' election form is received within the 60-day election period, you or your dependents will be sent a premium notice showing the amount owed for COBRA continuation coverage. The amount charged for COBRA continuation coverage will not be more than the amount allowed by federal law.

ELIGIBILITY *(continued)*

- UNITE HERE HEALTH must receive the first payment within 45 days after the date it receives your election form. The first payment must equal the premiums due from the date coverage ended until the end of the month in which payment is being made. This means that your first payment may be for more than one month of COBRA continuation coverage.
- After the first payment, additional payments are due on the first day of each month for which coverage is to be continued. To continue coverage, each monthly payment must be postmarked no later than 30 days after the payment is due.

Payments for COBRA continuation coverage can be made by check or money order (or other method acceptable to UNITE HERE HEALTH), payable to UNITE HERE HEALTH.

Generally, COBRA continuation coverage is a temporary continuation of coverage that lasts for up to 18 months due to employment termination or reduction of hours of work. Certain qualifying events, or a second qualifying event during the initial period of coverage, may permit a beneficiary to receive a maximum of 36 months of coverage.

There are also ways in which this 18-month period of COBRA continuation coverage can be extended.

Mail your COBRA payment to:

UNITE HERE HEALTH

Attn: COBRA Department
P.O. Box 809328
Aurora, IL
60680-9328

Disability extension of 18-month period of COBRA continuation coverage

If you or anyone in your family covered under the Plan is determined by Social Security to be disabled and you notify the Plan Administrator in a timely fashion, you and your entire family may be entitled to get up to an additional 11 months of COBRA continuation coverage, for a maximum of 29 months. The disability has to have started at some time on or before the 60th day of COBRA continuation coverage and must last at least until the end of the 18-month period of continuation coverage. To qualify for this special extended COBRA Coverage, the individual must send (or bring) to the Fund Office the Social Security disability determination before the initial 18 months of continuation coverage expires. After the Plan receives a copy of the disability determination, you will be notified of any increase in cost required to continue the COBRA Coverage for the extended period (the period between 18 and 29 months).

ELIGIBILITY *(continued)*

Each qualified beneficiary who has elected continuation coverage will be entitled to the 11-month disability extension if one of them qualifies. If the qualified beneficiary is determined to no longer be disabled under the SSA, you must notify the Plan of that fact within 30 days after that determination.

Second qualifying event extension of 18-month period of continuation coverage

If your family experiences another qualifying event during the 18 months of COBRA continuation coverage, the spouse and dependent children in your family can get up to 18 additional months of COBRA continuation coverage, for a maximum of 36 months, if the Plan is properly notified about the second qualifying event. This extension may be available to the spouse and any dependent children getting COBRA continuation coverage if the employee or former employee dies; becomes entitled to Medicare benefits (under Part A, Part B, or both); gets divorced or legally separated; or if the dependent child stops being eligible under the Plan as a dependent child. This extension is only available if the second qualifying event would have caused the spouse or dependent child to lose coverage under the Plan had the first qualifying event not occurred.

When will COBRA continuation coverage end?

COBRA continuation coverage will end when you have reached the maximum period of time for which coverage can be continued. However, continuation coverage will end sooner if any of the following occur:

- The end of the month for which a premium was last paid, if you or your dependents do not pay any required premium when due.
- The date the Plan terminates.
- The date Medicare coverage becomes effective if it begins after the person's election of COBRA (Medicare coverage means you are entitled to coverage under Medicare; you have applied or enrolled for that coverage, if application is necessary; and your Medicare coverage is effective).
- The date the Plan's eligibility requirements are once again satisfied.
- The end of the month occurring 30 days after the date disability under the Social Security Act ends, if that date occurs after the first 18 months of continuation coverage have expired.
- The date coverage begins under any other group health plan.

ELIGIBILITY *(continued)*

If termination of continuation coverage ends for any of the reasons listed above, you will be mailed an early termination notice shortly after coverage terminates. The notice will specify the date coverage ended and the reason why.

Are there other coverage options besides COBRA continuation coverage?

Yes. Instead of enrolling in COBRA continuation coverage, there may be other coverage options for you and your family through self-pay (if you have that option), or the Health Insurance Marketplace, in Medicare, Medicaid, Children's Health Insurance Program (CHIP), or other group health plan coverage options (such as a spouse's plan) through what is called a "special enrollment period." Some of these options may cost less than COBRA continuation coverage. You can learn more about many of these options at www.HealthCare.gov.

You should compare your other coverage options with COBRA continuation coverage and choose the coverage that is best for you. For example, if you move to other coverage you may pay more out-of-pocket than you would under COBRA because the new coverage may impose a new deductible.

Can I enroll in Medicare instead of COBRA continuation coverage after my group health plan coverage ends?

In general, if you don't enroll in Medicare Part A or B when you are first eligible because you are still employed, after the Medicare initial enrollment period, you have an 8-month special enrollment period to sign up for Medicare Part A or B, beginning on the earlier of:

- The month after your employment ends; or
- The month after group health plan coverage based on current employment ends.

If you don't enroll in Medicare and elect COBRA continuation coverage instead, you may have to pay a Part B late enrollment penalty and you may have a gap in coverage if you decide you want Part B later. If you elect COBRA continuation coverage and later enroll in Medicare Part A or B before the COBRA continuation coverage ends, the Plan may terminate your continuation coverage. However, if Medicare Part A or B is effective on or before the date of the COBRA election, COBRA coverage may not be discontinued on account of Medicare entitlement, even if you enroll in the other part of Medicare after the date of the election of COBRA coverage.

ELIGIBILITY *(continued)*

If you are enrolled in both COBRA continuation coverage and Medicare, Medicare will generally pay first (primary payer) and COBRA continuation coverage will pay second. Certain plans may pay as if secondary to Medicare, even if you are not enrolled in Medicare.

For more information visit https://www.medicare.gov/medicare-and-you.

If you have questions

Questions concerning your Plan or your COBRA continuation coverage rights should be addressed to the contact or contacts identified below. For more information about your rights under the Employee Retirement Income Security Act (ERISA), including COBRA, the Patient Protection and Affordable Care Act, and other laws affecting group health plans, contact the nearest Regional or District Office of the U.S. Department of Labor's Employee Benefits Security Administration (EBSA) in your area or visit www.dol.gov/ebsa. (Addresses and phone numbers of Regional and District EBSA Offices are available through EBSA's website.). For more information about the Marketplace, visit www.HealthCare.gov.

Keep your Plan informed of address changes

To protect your family's rights, let the Plan Administrator know about any changes in the addresses of family members. You should also keep a copy, for your records, of any notices you send to the Plan Administrator.

Plan contact information:

UNITE HERE HEALTH

Attn: COBRA Department
P.O. Box 6557
Aurora, IL
60589-0557

(800) 419-4373

ELEGIBILIDAD

Los cambios descritos en este SMM también afectan su Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, por sus siglas en inglés). Recuerde, usted siempre puede obtener una copia de su SBC visitando **www.uhh.org/library** o llamando al Fondo.

Super Saver Plan

Efectivo a partir del 1 de enero de 2021 hasta el 31 de octubre de 2021.

Super Saver no está disponible si 1) está jubilado; o 2) está inscrito en un beneficio complementario de Medicare o un beneficio de reembolso deducible de Medicare, o 3) no está inscrito para recibir beneficios medicos.

Llame a la línea directs de Super Saver:

(855) 321-4373

Recientemente recibió un folleto y Preguntas frecuentes (FAQs, por sus siglas en inglés) acerca de una opción nueva y económica, llamada Super Saver. La opción de Super Saver está disponible si usted pierde cobertura entre el 30 de junio de 2020 y el 30 de septiembre de 2021 debido a falta de trabajo, despido u horas reducidas. Esta es una forma rentable para usted (y cualquier dependiente que estaba inscrito cuando perdió la cobertura) para continuar con los mismos beneficios médicos, de medicamentos recetados, dentales y de la vista. Esto no incluye seguro de vida o discapacidad (si aplica bajo su Plan). Tiene un costo fijo por mes y tiene una duración de hasta 4 meses. Tendrá la oportunidad de elegir cobertura de COBRA cuando termine su cobertura de Super Saver.

UNITE HERE HEALTH

(800) 419-4373 • 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.

ELEGIBILIDAD *(continuación)*

Mientras tenga Super Saver, por lo general no podrá añadir dependientes o cambiar opciones de beneficios (si está disponible). Sin embargo, si tiene un evento de inscripción especial mientras tiene Super Saver, puede añadir dependientes o hacer cambios. Si tiene un evento de inscripción especial, comuníquese con el Fondo para obtener más información sobre cuándo vencen los materiales de inscripción y cuándo entrarán en vigencia los cambios.

Los eventos especiales de inscripción incluyen:

- Terminación de otra cobertura médica que usted (o su dependiente) tenía cuando ya era elegible para cobertura (o su dependiente era elegible para cobertura por primera vez). Si su otra cobertura (o la de su dependiente) era COBRA, tiene un derecho de inscripción especial solo si usted (o su dependiente) ha agotado el período máximo de continuación de COBRA.
- Usted contrae matrimonio.
- El nacimiento de un hijo(a).
- Una adopción o colocación para adopción de un(a) menor de 26 años de edad.
- Un dependiente que vivía en otro país viene a Estados Unidos y comparte la residencia con usted.
- Su dependiente o usted pierden elegibilidad para recibir beneficios de Medicaid o del Programa de Seguro de Salud Infantil (CHIP, por sus siglas en inglés).
- Cuando usted o un dependiente es elegible para recibir ayuda financiera del estado bajo Medicaid o CHIP para ayudar a pagar el costo de cobertura de dependientes de UNITE HERE HEALTH.

Si hay un período de inscripción abierto mientras tiene Super Saver o si su Plan permite cambios en cualquier momento, puede solicitaros, pero no entrarán en vigencia hasta que finalice Super Saver, por ejemplo, cuando recupere la elegibilidad o elija cobertura de COBRA.

Si desea detener la cobertura de un dependiente mientras tiene Super Saver, comuníquese con el Fondo: (Debe completar un formulario para detener la cobertura de su cónyuge).

Puede visitar www.uhh.org/supersaver para obtener más información, lo que incluye una copia de las Preguntas frecuentes de Super Saver, cuánto cuesta por mes y cuándo se vencen los pagos.

Cómo restablecer la elegibilidad

Los Fideicomisarios aprobaron un cambio temporal para ayudarlo a recuperar la cobertura de beneficios más rápido. Para restablecer elegibilidad durante el período del 1 de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2022, puede seguir las reglas de continuación de elegibilidad del Plan siempre que su pérdida de elegibilidad sea menor de 24 meses.

ELEGIBILIDAD *(continuación)*

Si su pérdida de elegibilidad dura 24 meses o más, debe cumplir nuevamente las reglas iniciales de elegibilidad del plan. Consulte su SPD para obtener más detalles acerca de las reglas de elegibilidad continua e inicial.

Si restablece la elegibilidad a partir del 1 de enero de 2023, se aplicarán nuevamente las reglas regulares del Plan para restablecer la elegibilidad, como se muestra en su SPD.

DENTAL

Beneficios dentales PPO—vigentes a partir del viernes, 1 de enero de 2021

A partir del 1 de enero de 2021, Delta Dental of Illinois (Delta Dental) administrará beneficios dentales para usted y sus dependientes. Delta Dental coordinará sus beneficios dentales de acuerdo con sus prácticas habituales. Estas reglas son similares a las que se muestran en su SPD para la coordinación de otros beneficios.

El siguiente lenguaje reemplaza la sección de beneficios dentales de su SPD.

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

BENEFICIOS DENTALES PPO		
Descripción de Servicios	**Delta Dental PPO Proveedores Dentro de la Red**	**Dentistas de Delta Dental Premier y Proveedores Fuera de la Red**
Beneficio máximo por año calendario para el tratamiento dental *(no orto)*	$1,000 por persona	
Beneficio máximo de por vida para el tratamiento de ortodoncia	$1,000 por niño menores de 19 años	
Deducible por año calendario	$50 por persona; $150 por familia	

DENTAL *(continuación)*

BENEFICIOS DENTALES PPO

Descripción de Servicios	Delta Dental PPO Proveedores Dentro de la Red	Dentistas de Delta Dental Premier y Proveedores Fuera de la Red
	Lo que usted paga por su cobertura de atención dental	
Servicios preventivos y diagnósticos *(Ejemplos: exámenes orales, cuidados paliativos de emergencia, radiografías, limpieza de rutina, tratamiento con flúor, selladores, mantenedores de espacio)*	$0 (No hay deducible)	20% (No hay deducible)
Servicios restaurativos menores *(Ejemplo: rellenos)*	$0 (No hay deducible)	20% (No hay deducible)
Servicios de endodoncia *(Ejemplo: conducto radicular (root canal))*	50% después del deducible	60% después del deducible
Servicios periodontales *(Ejemplo: descamación y cepillado radicular, desbridamiento de toda la boca, mantenimiento periodontal (encías), ciertos servicios quirúrgicos periodontales)*	50% después del deducible	60% después del deducible
Cirugía Oral *(Ejemplos: extracciones (simples y quirúrgicas), ciertos procedimientos de sedación*	50% después del deducible	60% después del deducible
Mantenimiento prostodóntico *(Ejemplos: ajustes y reparaciones a dentaduras postizas)*	50% después del deducible	60% después del deducible
Servicios de prostodoncia *(Ejemplos: dentaduras postizas completas o parciales, puentes)*	50% después del deducible	60% después del deducible
Servicios restaurativos principales *(Ejemplos: revestimientos, coronas, aparatos de hábitos nocivos, protectores bucales deportivos*	50% después del deducible	60% después del deducible
Tratamiento de ortodoncia — limitado a niños menores de 19 años	50% (No hay deducible)	50% (No hay deducible)

DENTAL *(continuación)*

Proveedores de la red versus proveedores fuera de la red

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

- ✓ Su red es Delta Dental PPO network.
- ✓ Los dentistas de Delta Dental Premier **no son proveedores de la red**. Aún puede ahorrar dinero con los dentistas Premier, porque ellos no le facturarán un saldo (balance bill). (Esto significa que no le facturarán la diferencia entre el cargo permitido de Delta Dental y el cargo actual del dentista). Sin embargo, su costo compartido serán los porcentajes de beneficios que no pertenecen a la red.

Encuentre un proveedor de la red cerca de usted

Delta Dental of Illinois

(800) 323-1743

www.deltadentalil.com

Lo que usted paga

Debe pagar su costo compartido (deducible y coseguro) por los gastos cubiertos. También debe pagar cualquier gasto que no están cubiertos, incluyendo cualquier cantidad mayor al cargo permitido.

Sus deducibles de $ 50 y $ 150 solo se aplican a los beneficios dentales. Los montos que paga por atención médica, medicamentos recetados o cuidado de la vista no se aplicarán a los deducibles de $50 y $150.

Beneficios máximos

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

El Plan paga hasta $1,000 por persona cada año por atención dental (combinada dentro y fuera de la red). Una vez que el Plan paga este beneficio máximo, no pagará más por atención dental por el resto de ese año.

Beneficio máximo para tratamiento de ortodoncia

El Plan paga el 50% por el tratamiento de ortodoncia, hasta un máximo de por vida de $1,000 por hijo dependiente cubierto. Una vez que el Plan paga este beneficio máximo, no pagará más por tratamientos de ortodoncia.

DENTAL *(continuación)*

Curso de Tratamiento Alternativo

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

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

Qué está cubierto

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

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

Servicios preventivos y diagnósticos

- Exámenes orales, incluyendo evaluaciones periodontales y evaluaciones centradas en problemas.
- Exámenes orales periódicos—2 por año.
- Radiografías:
  - Radiografías periapicales intraorales.
  - Radiografías de mordidas (Bitewing)—2 series por año
  - Radiografía de boca completa (que incluye radiografías panorámica y vertical de mordida (bitewing))—1 cada 36 meses.

DENTAL *(continuación)*

- Moldes de diagnóstico.
- Pruebas de vitalidad pulpar—1 por visita.
- Profilaxis (limpieza)—2 por año.
  - ✓ Si usted tiene ciertas condiciones, puede ser elegible para limpiezas adicionales cada año. Consulte el Programa de beneficios mejorados a continuación.
- Aplicación tópica de fluoruro para niños menores de 19—2 por año.
  - ✓ Si usted tiene ciertas condiciones, también puede ser elegible para la aplicación tópica de flúor. Consulte el Programa de beneficios mejorados a continuación.
- Mantenedores de espacio para niños menores de 14 años—1 vez de por vida.
- Recementación de mantenedores de espacio para niños menores de 14 años—1 vez de por vida.
- Selladores de los dientes posteriores para niños menores de 16 años—1 diente cada 36 meses
- Cuidados paliativos de emergencia (para aliviar temporalmente el dolor y las molestias).
- Consultas.

Servicios restaurativos menores:

- Rellenos compuestos de amalgama y resina—1 por superficie cada 12 meses.

Servicios de endodoncia:

- Terapia de pulpa y conducto radicular (root canal).
- Terapia pulpar (relleno reabsorbible)—1 por diente de por vida.

Servicios periodontales:

- Terapia periodontal, incluyendo el tratamiento de enfermedades de las encías y los huesos que sostienen los dientes—1 por cuadrante cada 24 meses.
- Gingivectomía o gingivoplastia; procedimientos de colgajo gingival.
- Alargamiento clínico de la corona (tejido duro).
- Cirugía ósea (incluyendo la entrada y cierre del colgajo).
- Regeneración guiada de tejidos.

DENTAL *(continuación)*

- Reemplazo óseo e injertos de tejidos blandos.
- Descamación periodontal y alisado radicular.
- Desbridamiento total de la boca—1 de por vida.
- Mantenimiento periodontal—2 por año.
  - ✓ Si usted tiene ciertas condiciones, puede ser elegible para mantenimiento periodontal adicional cada año. Consulte el Programa de beneficios mejorados a continuación.

Cirugía Oral:

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

Mantenimiento prostodóntico:

- Ajustes para dentaduras postizas completas y parciales—2 cada 12 meses.
- Reparaciones de dentaduras postizas completas y parciales—1 cada 24 meses.
- Reemplazo de dientes faltantes o rotos.
- Adición de diente o broche a prótesis parciales existentes—1 de por vida.

DENTAL *(continuación)*

- Reemplazo de todos los dientes y acrílico sobre estructura de metal fundido—1 de por vida.
- Rebase de la dentadura—1 vez cada 24 meses
- Revestimientos de dentadura—1 vez cada 24 meses

Servicios de prostodoncia:

- Dentaduras completas y parciales.
- Pónticas.
- Retenedores de dentadura parcial fija (incrustaciones, recubrimientos,coronas).
- Recementación de dentadura postiza parcial fija—1 vez de por vida.
- Reparación de dentaduras parcial fija (puente)
- Poste y núcleo fundidos o prefabricados; acumulación de núcleo.

Servicios restaurativos principales:

- Recubrimientos (solo dientes permanentes).
- Coronas y restauraciones cerámicas (solo dientes permanentes).
- Recementación de incrustaciones, recubrimientos, restauraciones de cobertura parcial, postes fundidos o prefabricados y núcleos y coronas.
- Coronas prefabricadas de acero inoxidable para niños menores de 12 años.
- Rellenos sedantes—1 por diente de por vida.
- Reparación de corona.
- Retención con pernos.
- Poste y núcleo fundidos o prefabricados; acumulación de núcleo.
- Extracción del Perno
- Aparato de hábito nocivo—1 de por vida.
- Protectores bucales atléticos—1 cada 24 meses.

El tratamiento de ortodoncia, limitado a hijos dependientes menores de 19 años.

DENTAL *(continuación)*

Programa de beneficios mejorados

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

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

Lo que no está cubierto

Consulte su SPD para obtener una lista de los tipos de tratamientos, servicios y suministros que no están cubiertos por el Plan. Además de esa lista, los tipos de tratamientos, servicios y suministros que no están cubiertos bajo los beneficios dentales PPO:

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

DENTAL *(continuación)*

- Una acumulación de corona si no hay evidencia radiográfica de una altura vertical suficiente (más de 3 milímetros por encima del hueso crestal) en un diente para soportar una restauración de molde.
- Recepción de incrustaciones, incrustaciones, restauraciones de cobertura parcial, postes y núcleos y coronas prefabricados y fundidos por la misma oficina dentro de los 6 meses posteriores a la colocación inicial.
- Procedimientos adicionales para construir una nueva corona bajo el marco de prótesis parcial existente dentro de los 6 meses posteriores a la colocación inicial.
- Rellenos sedantes solicitados o colocados en la misma fecha que un relleno permanente.
- Retratamiento del mismo diente dentro de 2 años cuando se ha emitido un beneficio por servicios de endodoncia.
- Procedimientos de endodoncia realizados en conjunto con dispositivos prostodónticos removibles completos.
- Servicios de periodoncia quirúrgica no realizados en asociación con dientes naturales.
- Regeneración de tejido guiada facturada junto con implantología, aumento de cresta / elevación sinusal, extracciones o cirugía perirradicular / apicectomía.
- Alargamiento de la corona o gingivoplastia, si no se realiza al menos 4 semanas antes de la preparación de la corona.
- Injertos óseos de reemplazo realizados junto con extracciones o implantes.
- Férula periodontal para restaurar la oclusión.
- Reemplazo de cualquier dispositivo protésico existente (restauraciones de molde, prótesis parciales fijas, prótesis parciales removibles, prótesis completa) con cualquier dispositivo protésico dentro de los 60 meses posteriores a la colocación inicial del dispositivo existente.
- Una dentadura postiza parcial fija, cuando se solicita o se coloca en el mismo arco que una dentadura postiza parcial removible.
- Realineación o Rebase de un dispositivo existente dentro de los 6 meses posteriores a la colocación inicial.
- Prostodoncia fija o removible para un paciente menor de 16 años.
- Acondicionamiento de tejidos.
- Un póntico cuando el espacio edéntulo (sin dientes) entre los dientes es inferior al 50% del tamaño del diente faltante.
- Cuando se realiza junto con otra cirugía oral, la movilización de un diente erupcionado o mal colocado para ayudar a la erupción o la colocación de un dispositivo para facilitar la erupción de un diente impactado.

DENTAL *(continuación)*

- Los servicios, suministros o tratamientos se brindan con mayor frecuencia que la indicada como cubierta, o con mayor frecuencia que la comúnmente aceptada según los estándares dentales determinados por Delta Dental, o con mayor frecuencia que la especificada en el contrato con Delta Dental.
- Cualquier tratamiento, servicios o suministros como se establece en la Sección de su SPD titulada "Exclusiones y limitaciones generales".
- Servicios compensables bajo las leyes de Compensación del Trabajador o Responsabilidad del Empleador.
- Servicios proporcionados o pagados por cualquier agencia gubernamental o bajo cualquier programa o ley gubernamental, excepto en cuanto a los cargos que la persona está legalmente obligada a pagar. Esta excepción se extiende a cualquier beneficio provisto bajo la Ley de Seguridad Social de los EE. UU. y sus Enmiendas.
- Servicios prestados para corregir la malformación del desarrollo, incluyendo, entre otros, paladar hendido, prognatismo mandibular, hipoplasia del esmalte, fluorosis y dientes congénitos perdidos. Esta exclusión no aplica a los recién nacidos
- Servicios prestados con fines puramente cosméticos, que incluyen, entre otros, carillas del color de los dientes, unión, restauraciones de porcelana y microabrasión.
- Cargos por servicios completados antes de la fecha en que el paciente quedó cubierto por este programa.
- Servicios para anestesistas o anestesiólogos.
- Procedimientos temporales.
- Cualquier procedimiento solicitado o realizado en un diente cuando las radiografías indican que menos del 40% de la raíz está soportada por hueso.
- Servicios realizados en dientes no funcionales (segundo o tercer molar sin un diente opuesto).
- Servicios realizados en dientes caducifolios (primarios) cerca de la exfoliación.
- Medicamentos o la administración de medicamentos, excepto la anestesia general y la sedación intravenosa consciente.
- Procedimientos considerados experimentales o de investigación por la Asociación Dental Americana, para los cuales no existe un código de procedimiento, o que son inconsistentes con la codificación y nomenclatura de la Terminología Dental Actual.
- Servicios con respecto a cualquier alteración de la articulación temporomandibular (articulación de la mandíbula).
- Procedimientos que Delta Dental considera incluidos en las tarifas de otros procedimientos.

DENTAL *(continuación)*

- La finalización de formularios de reclamo y el envío de la información requerida, no cubierta de otra manera, para la determinación de los beneficios.
- Procedimientos de control de infecciones y tarifas asociadas con el cumplimiento de los requisitos de la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (OSHA).
- Citas no cumplidas.
- Servicios y suministros para cualquier enfermedad o lesión que ocurra en o después de que esté cubierto por el Plan como resultado de una guerra o un acto de guerra.
- Servicios para, o en relación con, una lesión o enfermedad autoinfligida intencionalmente mientras está sano o demente, excepto cuando se debe a violencia doméstica o una afección médica (incluyendo física y mental).
- Servicios y suministros recibidos de su pariente o el de su cónyuge, cualquier persona que habitualmente reside en su hogar o cualquier persona similar.
- Servicios para, o en relación con, una lesión o enfermedad que surge de la participación en, o como consecuencia de haber participado en un disturbio, insurrección o disturbio civil, o la comisión de un delito grave.
- Cargos por servicios por hospitalización / hospitalización ambulatoria.
- Servicios o suministros para la higiene oral o programas de control de placa.
- Implantes.

Predeterminación de beneficios dentales.

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

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

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

DENTAL *(continuación)*

Beneficios dentales después de que finalice la elegibilidad

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

Sin embargo, si su cobertura finaliza después de que comience su tratamiento para coronas, carillas (jackets), puentes, dentaduras postizas completas o parciales, el Plan continúa pagando beneficios por estas, siempre que el tratamiento se complete dentro de los 60 días de la fecha en que pierde la cobertura.

Reclamaciones y apelaciones bajo el PPO dental

Reclamos de beneficios de PPO dental

Los dentistas Delta Dental PPO y Premier generalmente presentarán reclamos dentales por usted. Sin embargo, si necesita presentar un reclamo (por ejemplo: porque utilizó un proveedor que no pertenece a la red), debe enviar el reclamo a Delta Dental.

La notificación por escrito y el comprobante de reclamo deben recibirse dentro de los 18 meses posteriores a la fecha en que se incurrió el reclamo.

Las reglas (incluyendo los plazos que Delta Dental debe seguir para tomar una decisión) se muestran en su SPD, en la sección titulada "Disposición de reclamos y disposiciones de apelación".

Presentar un reclamo dental

Delta Dental

P.O. Box 5402
Lisle, IL 60532

Apelaciones de beneficios de PPO dental

Si no está de acuerdo con la totalidad o parte de la denegación de una reclamación, puede presentar una apelación directamente al Appeals Subcommittee (Subcomité de Apelaciones) de UNITE HERE HEALTH dentro de los 12 meses posteriores a la recepción de la denegación. Las reglas para presentar una apelación directamente ante el Subcomité de Apelaciones se muestran en su SPD, en la sección titulada "Disposición de reclamos y disposiciones de apelación" en la sección "Un nivel de apelación para la mayoría de las otras reclamaciones".

MÉDICA

Nuevas reglas de autorización previa

- ***Vigente a partir del lunes 1 de febrero de 2021:***
  - Nuevo número de teléfono para solicitar autorización previa y administración de casos (Case management): **(844) 462-7812**
  - Nueva línea de servicio de enfermería las 24 horas del día los 7 días de la semana **(866) 823-9827**
- ***Vigente a partir del sábado, 1 de mayo de 2021:***
  - Nuevas reglas de autorización previa

Con vigencia desde el 1 de febrero de 2021, llame a HealthCheck360 para obtener autorización previa

HealthCheck360 está reemplazando a MCM. A partir del lunes 1 de febrero de 2021, comuníquese con HealthCheck360 para solicitar autorización previa y servicios de administración de casos (Case management).

Los tipos de atención que requieren autorización previa cambiarán a partir del 1 de mayo de 2021. Consulte la siguiente sección de este SMM para obtener información sobre sus nuevas reglas de autorización previa, vigentes a partir del 1 de mayo de 2021.

Si llama fuera del horario de atención, puede dejar un mensaje y un enfermero de HealthCheck360 le devolverá la llamada al siguiente día hábil. Si tiene una autorización previa actual con MCM, esta será transferida automáticamente a HealthCheck360, no tiene que hacer nada.

Pronto recibirá una nueva tarjeta de identificación de Blue Cross Blue Shield of Illinois. Utilice estas tarjetas nuevas a partir del 1 de febrero.

HealthCheck360

(844) 462-7812

(866) 823-9827
(Línea de servicio de enfermería las 24 horas del día los 7 días de la semana)

MÉDICA *(continuación)*

Cómo apelar denegaciones de autorización previa

Consulte la página H-9 en su SPD para obtener información sobre cómo apelar denegaciones de autorización previa. Debe enviar sus apelaciones de primer nivel a HealthCheck360.

Línea de servicio de enfermería

HealthCheck360 ofrece una línea de servicio de enfermería gratuita las 24 horas del día, los 7 días de la semana para responder preguntas sobre su salud o la de su familia. La línea de servicio de enfermería de HealthCheck360 está abierta las 24 horas del día, los 7 días de la semana y los 365 días al año.

El enfermero puede ayudar a responder preguntas como:

- ¿Debo ver a mi médico de atención primaria (PCP) o acudir a la sala de emergencias?
- ¿Cuáles son los efectos secundarios de mis medicamentos?
- ¿Mi nuevo medicamento interactuará con otros medicamentos?

HealthCheck360

Appeals (Apelaciones)

800 Main St.
Dubuque, IA, 52001

(844) 462-7812

Línea de servicio de enfermería

(866) 823-9827

A partir del 1 de mayo de 2021, se aplican nuevas reglas de autorización previa

Obtenga autorización previa para ciertos servicios y suministros

✓ Si utiliza un proveedor de la red para una hospitalización, el centro hospitalario debe obtener una autorización previa para usted.

Usted o su proveedor de atención médica deben obtener una autorización previa antes de recibir cualquiera de los tipos de atención que se enumeran más abajo. Si no obtiene la autorización previa antes de recibir estos tipos de atención, su reclamo puede ser denegado. El asegurarse de obtener la autorización previa ayuda a evitar facturas médicas sorpresa. **Si recibe tratamiento, servicios o suministros que no han sido aprobados, no están cubiertos o que no son médicamente necesarios, usted pagará el 100 % de su atención.**

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

MÉDICA *(continuación)*

Cuándo debe llamar para autorización previa

La lista de autorización previa puede cambiar de un momento a otro. Comuníquese con el Fondo al **(800) 419-4373** para obtener la información más actualizada.

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

- Cualquier admisión hospitalaria, independientemente del tipo de centro o atención, lo que incluye entre otros, admisiones después de una observación o consulta de emergencia, atención en centros de enfermería especializada, cuidados paliativos (hospicio), centro de rehabilitación crítica, centro de atención para casos críticos a largo plazo, tratamiento residencial, admisiones por maternidad después de 48 horas por parto vaginal y 96 horas después de un parto por cesárea y admisiones por cesárea electiva (C-Section, por su nombre en inglés) con menos de 38 semanas de gestación.
- Cirugía bariátrica (lo que incluye, pero no se limita a bypass gástrico y procedimientos de banda gástrica)
- Blefaroplastía
- Quimioterapia
- Ensayos clínicos
- Servicios de diagnóstico por imágenes de la siguiente manera:
  - Tomografías computarizadas (CT, CTA y exploraciones CAT) (gammagrafía con tomografía computarizada o gammagrafía con tomografía axial computarizada)
  - MRA y MRI (angiografía por resonancia magnética o imágenes por resonancia magnética)
  - Tomografía PET (gammagrafía con tomografía por emisión de positrones)
- Diálisis—*solo notificación*
- Equipo médico de uso a largo plazo, no desechable de más de $500 (lo que incluye extractores de leche que cuestan más de $500)
- Terapia electroconvulsiva (ECT, por sus siglas en inglés)
- Servicios quirúrgicos de reasignación de género y cierta terapia hormonal
- Pruebas genéticas
- Cirugía de ginecomastia

HealthCheck360

(844) 462-7812

(866) 823-9827
(Línea de servicio de enfermería las 24 horas del día los 7 días de la semana)

MÉDICA *(continuación)*

- Terapia de habilitación para niños con trastorno del espectro autista
- Servicios paliativos (hospicio)
- Tratamiento de oxigenoterapia hiperbárica
- Histerectomía
- Medicamentos selectos inyectables, infundidos, ingeridos o inhalados administrados por su proveedor en un entorno ambulatorio.
- Reemplazos de articulaciones, lo que incluye entre otros, reemplazos de cadera y rodilla.
- Laminectomía
- Osteotomía Le Fort
- Lipectomía y paniculectomía
- Mamoplastia (reducción de los senos)
- Alimentos médicos para errores innatos del metabolismo
- Cirugía ortognática
- Órtesis o prótesis (incluyendo órtesis podiátricas) de más de $500
- Hospitalización parcial y programas ambulatorios intensivos
- Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla (PT, OT, ST, por sus siglas en inglés) después de las primeras 12 consultas
- Terapia de radiación
- Cirugía reconstructiva
- Cirugía sinusal (lo que incluye pero no se limita a rinoplastia y/o septoplastia, así como resección submucosa)
- Servicios especializados brindados en el hogar, que incluyen atención médica en el hogar, terapia en el hogar (PT, OT, ST) e infusión en el hogar.
- Estudios del patrón de sueño
- Cirugía de la articulación temporomandibular
- Estimulación magnética transcraneal (TMS, por sus siglas en inglés)
- Servicios de trasplante
- Transporte y alojamiento
- Procedimientos de venas varicosas (lo que incluye escleroterapia de venas)

MÉDICA *(continuación)*

Debe comunicarse con HealthCheck360 antes de recibir cualquiera de los tipos de servicios y suministros antes indicados, o antes de ser admitido como paciente hospitalizado. Esta lista cambia de vez en cuando. Comuníquese con el Fondo al **(800) 419-4373** para obtener la información más actualizada.

Para admisiones de emergencia o de urgencia, asegúrese de llamar a más tardar el primer día hábil después de la admisión. No se requiere autorización previa para el tratamiento médico de emergencia que recibe en una sala de emergencias o mientras está en observación en el hospital.

Si está hospitalizada porque va a tener un bebé, no tiene que llamar a HealthCheck3650 para autorización previa, a menos que su estadía se vaya a prolongar más de 48 horas después de un parto vaginal o 96 horas después de una cesárea, o para una cesárea electiva antes de las 38 semanas de gestación. Esta protección bajo la Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y Madres (NMHPA por sus siglas en inglés) también significa que sus beneficios no están restringidos durante el período de 48 horas (o el período de 96 horas, según corresponda). Sin embargo, NMHPA no prohíbe que su proveedor de atención (o el de su recién nacido) le den de alta a usted o a su recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda), después de consultar con usted primero.

Consulte su SPD *("Reglas para autorización previa de beneficios" que comienza en la página H-7)* para obtener información sobre cuándo es que la entidad correspondiente debe responder su solicitud de autorización previa e información sobre cómo apelar una denegación de autorización previa.

Administración de casos (Case management)

Usted y sus dependientes pueden ser elegibles para el programa de administración de casos bajo ciertas circunstancias, incluso si tiene una afección médica compleja o crónica. Es posible que lo contactemos para participar en la administración de casos, pero usted o su proveedor de atención médica también pueden solicitar servicios de administración de casos. HealthCheck360 proporciona servicios de administración de casos (Case management).

Si es seleccionado para el programa de administración de casos, un administrador de casos trabajará con usted y sus proveedores de atención médica para crear un plan de tratamiento y ayudarlo a administrar su atención. El objetivo de la administración de casos es asegurarse de que se cubran sus necesidades de atención médica mientras se le ayuda a trabajar para obtener el mejor resultado médico posible y a administrar el costo de su atención.

El administrador de casos puede recomendar tratamientos, servicios o suministros que normalmente no estarían cubiertos pero que son médicamente apropiados y más rentables que el tratamiento original propuesto por su proveedor de atención médica. UNITE HERE HEALTH, a su discreción y bajo su única autoridad, puede aprobar la cobertura de esas alternativas, incluso si el tratamiento, el servicio o el suministro normalmente no estuvieran cubiertos.

MÉDICA *(continuación)*

En algunos casos, es posible que se requiera la administración de casos (Case management). Por ejemplo, es posible que se le requiera utilizar el programa de administración de casos (case management program) para obtener beneficios de trasplantes, costos de viaje y alojamiento. Si no usa el programa de administración de casos (Case management) cuando es necesario, es posible que no se paguen los beneficios del Plan. A menos que se especifique como obligatorio, usted decide si desea unirse al programa de administración de casos y si debe seguir o no las recomendaciones del programa.

ELEGIBILIDAD

Texto reemplazado de COBRA

A partir del 1 de mayo de 2020, el texto de COBRA en la descripción resumida del plan (SPD, por sus siglas en inglés) ha sido reemplazado en su totalidad con el siguiente:

Continuación de cobertura de COBRA

El derecho a la continuación de cobertura de COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura bajo el Plan, fue creado en virtud de una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA por sus siglas en inglés). La continuación de cobertura de COBRA puede estar disponible para usted y otros miembros de su familia cuando la cobertura de salud colectiva de otra forma terminaría. **Este SMM explica la continuación de cobertura de COBRA, cuándo puede estar disponible para usted y su familia y qué debe hacer para proteger su derecho de obtenerla.** Para obtener más información sobre sus derechos y obligaciones según el Plan y la ley federal, debe leer este SMM o comunicarse con el Fondo.

¿Qué es la continuación de cobertura de COBRA?

La continuación de cobertura de COBRA es una continuación de la cobertura del Plan cuando, de otro modo, esta finalizaría debido a un evento de vida. Esto también se conoce como “evento calificable”.

ELEGIBILIDAD *(continuación)*

Los eventos calificables específicos se enumeran más adelante en esta sección. Después de un evento calificable, la cobertura de Continuación de COBRA debe ofrecerse a cada persona que sea un "beneficiario calificado". Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si se pierden la cobertura bajo el plan debido a un evento calificativo. Según el Plan, los beneficiarios calificados que eligen la continuación de cobertura de COBRA deben pagar la misma.

La continuación de cobertura es la misma cobertura que el Plan brinda a otros participantes o beneficiarios del Plan que no reciben la continuación de cobertura, excepto que no puede continuar con el seguro de vida, muerte accidental y desmembramiento, o beneficios por discapacidad a corto plazo. Cada beneficiario calificado que elija la continuación de cobertura tendrá los mismos derechos bajo el Plan que otros participantes o beneficiarios cubiertos por el mismo, incluidos los derechos de inscripción abierta y de inscripción especial.

Si es un empleado, se convertirá en un beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos calificativos:

- Se reducen sus horas de trabajo;
- Su empleo termina por cualquier razón que no sea un mal comportamiento grave; o
- Su empleador se retira de UNITE HERE HEALTH.

Si usted es el cónyuge de un empleado, se convertirá en beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos calificativos:

- Fallecimiento de su cónyuge;
- Se reducen las horas de trabajo de su cónyuge;
- El empleo de su cónyuge termina por cualquier razón que no sea un mal comportamiento grave;
- El empleador de su cónyuge se retira de UNITE HERE HEALTH.
- Su cónyuge adquiere derecho de recibir beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas); o
- Se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes se convertirán en beneficiarios calificados si pierden la cobertura del Plan debido a los siguientes eventos calificativos:

- Fallecimiento del padre o madre del empleado;
- Se reducen las horas de trabajo del padre o madre del empleado;

ELEGIBILIDAD *(continuación)*

- El empleo del padre o madre del empleado termina por cualquier razón que no sea un mal comportamiento grave;
- El empleador del padre o madre del empleado se retira de UNITE HERE HEALTH;
- El padre o madre del empleado adquiere el derecho de recibir beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas);
- Los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- El hijo deja de ser elegible para recibir cobertura del Plan como "hijo dependiente".

¿Cuándo está disponible la continuación de cobertura de COBRA?

El Plan ofrecerá la continuación de cobertura de COBRA a los beneficiarios calificados solo después de que el Administrador del Plan haya sido notificado de que ha ocurrido un evento calificativo. El empleador debe notificar al Administrador del Plan sobre los siguientes eventos calificativos

- La terminación de empleo o la reducción de horas de trabajo;
- Fallecimiento del empleado; o
- El empleado tiene derecho a los beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas).

UNITE HERE HEALTH utiliza sus propios registros para determinar cuándo finaliza la cobertura de un participante en virtud del Plan.

Para todos los demás eventos calificativos (divorcio o separación legal del empleado y el cónyuge, o pérdida de elegibilidad de un hijo dependiente para la cobertura como hijo dependiente), debe notificar al Administrador del Plan dentro de los 60 días posteriores a la ocurrencia del evento calificativo. Debe proporcionar este aviso a UNITE HERE HEALTH.

Debe usar los formularios del Fondo para notificar cualquier evento calificable, si la Administración del Seguro Social determina que usted o un dependiente están discapacitados, o si ya no lo están. Puede obtener un formulario llamando al Fondo al **(800) 419-4373**.

Si tiene un evento que califica, contáctenos dentro de 60 días

UNITE HERE HEALTH

Attn: COBRA Department
P.O. Box 6557
Aurora, IL 60589-0557

ELEGIBILIDAD *(continuación)*

¿Cómo se proporciona la continuación de cobertura de COBRA?

Cuando el Administrador del Plan recibe un aviso de que ha ocurrido un evento calificable ha ocurrido, determinará si usted o sus dependientes tienen derecho de recibir la continuación de cobertura de COBRA.

- Si usted o sus dependientes no tienen derecho de recibir la continuación de cobertura de COBRA, recibirán a un aviso por correo postal, dentro de los 14 días después de que se le haya notificado a UNITE HERE HEALTH sobre el evento calificable. El aviso explicará por qué la cobertura de continuación de COBRA no está disponible.
- Si usted o sus dependientes tienen derecho de recibir continuación de cobertura de COBRA, se le enviará una descripción de sus derechos de continuación de cobertura de COBRA por correo postal, así como los formularios de elección correspondientes. La descripción de los derechos de continuación de cobertura de COBRA y los formularios de elección serán enviados por correo postal dentro de los 45 días después de que se le haya notificado a UNITE HERE HEALTH sobre el evento calificativo. Estos materiales se enviarán por correo postal a quienes tengan derecho de recibir continuación de cobertura, a la dirección más reciente conocida en su expediente.

Se ofrecerá la continuación de cobertura de COBRA a cada uno de los beneficiarios calificados. Cada beneficiario calificado tendrá un derecho independiente de elegir la continuación de cobertura de COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la continuación de cobertura de COBRA a nombre de sus cónyuges y los padres pueden elegir la continuación de cobertura de COBRA a nombre de sus hijos.

Debe completar un formulario de elección de continuación de cobertura de COBRA y enviarlo dentro de los 60 días posteriores a la última de las siguientes fechas:

- La fecha de finalización de la cobertura bajo el Plan.
- La fecha en la que el Fondo envía el formulario de elección y una descripción de los derechos y procedimientos de continuación de cobertura de COBRA del Plan.

Si su formulario de elección o el de sus dependientes se recibe dentro del período de elección de 60 días, a usted o a sus dependientes se les enviará un aviso de prima que muestra el monto adeudado por la continuación de cobertura de COBRA. El monto cobrado por la continuación de cobertura de COBRA no será mayor que el monto permitido por la ley federal.

ELEGIBILIDAD *(continuación)*

- UNITE HERE HEALTH debe recibir el primer pago dentro de los 45 días posteriores a la fecha en que recibe su formulario de elección. El primer pago debe ser igual a las primas adeudadas desde la fecha de finalización de la cobertura hasta el final del mes en que se realiza el pago. Esto significa que su primer pago puede ser por más de un mes de continuación de cobertura de COBRA.
- Después del primer pago, los pagos adicionales vencen el primer día de cada mes durante el cual se continuará la cobertura. Para continuar la cobertura, cada pago mensual debe tener fecha de franqueo a más tardar 30 días después del plazo de pago.

Envíe su pago de COBRA a:

UNITE HERE HEALTH

Attn: COBRA Department
P.O. Box 809328
Aurora, IL
60680-9328

Los pagos para la continuación de cobertura de COBRA pueden hacerse con cheque o giro postal (u otro método aceptable para UNITE HERE HEALTH), pagaderos a nombre de UNITE HERE HEALTH.

Por lo general, la continuación de obertura de COBRA es una continuación temporal de la cobertura que dura hasta 18 meses debido a la terminación de empleo o la reducción de horas de trabajo. Ciertos eventos que califican, o un segundo evento que califica durante el período inicial de cobertura, pueden permitir que un beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

También hay formas de extender este período de 18 meses de continuación de cobertura de COBRA.

Extensión por discapacidad del período de 18 meses de la continuación de cobertura de COBRA

Si el Seguro Social determina que usted o cualquier miembro de su familia cubierto por el Plan está discapacitado y usted notifica al Administrador del Plan de manera oportuna, usted y toda su familia pueden tener derecho de recibir hasta 11 meses adicionales de continuación de cobertura de COBRA, por un máximo de 29 meses. La discapacidad debe haber comenzado en algún momento el o antes del día 60 de la continuación de cobertura de COBRA y debe durar por lo menos hasta el final del período de 18 meses de la continuación de cobertura. Para calificar para esta cobertura extendida especial de COBRA, la persona debe enviar (o traer) a la Oficina del Fondo la determinación de discapacidad del Seguro Social antes de que expiren los 18 meses iniciales de continuación de cobertura. Después de que el Plan reciba una copia de la determinación de discapacidad, se le notificará sobre cualquier aumento en el costo que sea necesario para continuar con la Cobertura de COBRA durante el período extendido (el período entre 18 y 29 meses). Cada beneficiario calificado que haya elegido la continuación de cobertura tendrá derecho a la extensión por discapacidad de 11 meses si uno de ellos califica.

ELEGIBILIDAD *(continuación)*

Si se determina que el beneficiario calificado ya no está discapacitado bajo la SSA, debe notificar al Plan sobre ese hecho dentro de los 30 días posteriores a esa determinación.

Segunda extensión de evento calificado del período de 18 meses de continuación de cobertura

Si su familia experimenta otro evento que califica durante los 18 meses de la continuación de cobertura de COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes de su familia pueden recibir hasta 18 meses adicionales de la continuación de cobertura de COBRA, por un máximo de 36 meses, si se notifica adecuadamente al Plan sobre el segundo evento de clasificación. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que reciba la continuación de cobertura de COBRA si el empleado o ex empleado fallece; adquiere derecho a los beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas); se divorcia o se separa legalmente; o si el hijo dependiente deja de ser elegible bajo el Plan como hijo dependiente. Esta extensión solo está disponible si el segundo evento calificado hubiera causado que el cónyuge o hijo dependiente pierdan la cobertura bajo el Plan si no hubiera ocurrido el primer evento que califica.

¿Cuándo finalizará la continuación de cobertura de COBRA?

La continuación de cobertura de COBRA finalizará cuando haya alcanzado el período de tiempo máximo durante el cual se puede continuar la cobertura. Sin embargo, la continuación de cobertura terminará antes si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- El final del mes por el cual se pagó una prima por última vez, si usted o sus dependientes no pagan ninguna prima requerida a su vencimiento.
- La fecha en que termina el Plan.
- La fecha en que la cobertura de Medicare entra en vigencia si comienza después de la elección de COBRA de la persona (la cobertura de Medicare significa que tiene derecho a la cobertura de Medicare; ha solicitado o se ha inscrito para esa cobertura, si la solicitud es necesaria; y su cobertura de Medicare es efectiva).
- La fecha en que se cumplen nuevamente los requerimientos de elegibilidad del plan.
- El final del mes ocurre 30 días después de la fecha en que finaliza la discapacidad según la Ley de Seguridad Social, si esa fecha ocurre después de que hayan expirado los primeros 18 meses de la continuación de cobertura.
- La fecha en que la cobertura comienza bajo cualquier otro plan de salud colectivo.

ELEGIBILIDAD *(continuación)*

Si la terminación de la continuación de cobertura finaliza por alguno de los motivos mencionados anteriormente, se le enviará un aviso de terminación anticipada por correo postal después de que finalice la cobertura. El aviso especificará la fecha en que finalizó la cobertura y el motivo.

¿Existen otras opciones de cobertura además de la continuación de cobertura de COBRA?

Sí. En lugar de inscribirse en la continuación de cobertura de COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través de autopagos (si tiene esa opción), o Healthcare Insurance Marketplace, en Medicare, Medicaid, Programa de seguro médico para niños (CHIP, por sus siglas en inglés), u otras opciones de cobertura de planes de salud colectivos (como el plan de un cónyuge) a través de lo que se denomina un "período de inscripción especial". Algunas de estas opciones pueden costar menos que la continuación de cobertura de COBRA. Puede obtener más información sobre muchas de estas opciones en www.HealthCare.gov.

Debe comparar sus otras opciones de cobertura con la continuación de cobertura de COBRA y elegir la cobertura más conveniente para usted. Por ejemplo, si se cambia a otra cobertura, es posible que pague más de su bolsillo de lo que pagaría con COBRA porque la nueva cobertura puede imponer un nuevo deducible.

¿Puedo inscribirme en Medicare en lugar de la continuación de cobertura de COBRA después de que finalice la cobertura de mi plan de salud colectivo?

En general, si no se inscribe en la Parte A o B de Medicare cuando es elegible por primera vez porque todavía está empleado, después del período de inscripción inicial de Medicare, tiene un período de inscripción especial de 8 meses para inscribirse en la Parte A o B de Medicare, comenzando en el primero de:

- El mes posterior al término de su empleo; o
- El mes posterior al término de cobertura del plan de salud colectivo en base al empleo actual.

Si no se inscribe en Medicare y elige la continuación de cobertura de COBRA, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte B y puede tener un vacío en la cobertura si decide que desea la Parte B más adelante. Si elige la continuación de cobertura de COBRA y luego se inscribe en la Parte A o B de Medicare antes de que finalice la continuación de cobertura de COBRA, el Plan puede cancelar su continuación de cobertura. Sin embargo, si Medicare Parte A o B entra en vigencia en la fecha de la elección de COBRA o antes, la cobertura de COBRA no puede interrumpirse debido al derecho de Medicare, incluso si se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de elección de cobertura de COBRA.

ELEGIBILIDAD *(continuación)*

Si está inscrito tanto en la continuación de cobertura de COBRA como en Medicare, por lo general Medicare pagará primero (pagador principal) y la continuación de cobertura de COBRA pagará segundo. Algunos planes pueden pagar como si fueran secundarios a Medicare, incluso si no está inscrito en Medicare.

Para obtener más información visite https://www.medicare.gov/medicare-and-you.

Si tiene preguntas

Las preguntas acerca de su Plan o sus derechos de continuación de cobertura de COBRA deben dirigirse al contacto o a los contactos identificados a continuación. Para obtener más información sobre sus derechos en virtud de la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados (ERISA por sus siglas en inglés), incluida COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible y otras leyes que afectan los planes de salud colectivos, comuníquese con la oficina regional o distrital más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios (EBSA, por sus siglas en inglés) del Departamento de Trabajo de EE. UU. en su área o visite www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y distritales de EBSA están disponibles en el sitio web de EBSA). Para obtener más información sobre Marketplace, visite www.HealthCare.gov.

Mantenga su Plan informado sobre cambios de dirección

Para proteger los derechos de su familia, debe mantener informado al Administrador del Plan sobre cualquier cambio en las direcciones de los familiares. Usted también debería guardar una copia, para sus registros, de cualquier notificación que envíe al Administrador del Plan.

Información de contacto del Plan:

UNITE HERE HEALTH

Attn: COBRA Department
P.O. Box 6557
Aurora, IL
60589-0557

(800) 419-4373