

UPDATES TO YOUR BENEFITS

CAA Introduction

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

Changes to your prior authorization list

- Non-emergency air ambulance transportation requires prior authorization. Call HealthCheck360 at (844) 462-7812 before you use an air ambulance for non-emergency treatment.
- The rules for prior authorization will not apply to emergency medical treatment, including observation or admissions following an emergency visit. However, prior authorization is required for services or supplies on the prior authorization list in all other situations.



(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.

UPDATES TO YOUR BENEFITS

When a non-network provider may be considered a network provider

In the special circumstances listed below, the Plan will pay for non-network services at the network cost share, and the network cost-sharing will apply towards your out-of-pocket limit for medical care.

In some cases, you may have to pay the difference between the allowable charge and the provider's actual charge (called balance billing). In other cases, the provider cannot balance bill you. The below list will state whether or not the provider can balance bill you.

A non-network provider may be considered a network provider when:

Emergency medical treatment

You get emergency medical treatment from a non-network provider. The non-network provider cannot balance bill you for your emergency medical treatment. (A new definition of "emergency medical treatment" is included later in this SMM.)

You use a network hospital or network ambulatory surgical center

You get services and supplies from non-network providers in connection with a visit to a network hospital (including the outpatient department) or a network ambulatory surgical center. The non-network provider cannot balance bill you. However, this does not apply if you give informed consent to your healthcare professional agreeing to give up your protections from balance billing (you do not have to give consent if you don't want to).

Non-network providers who provide inpatient consultations or specialize in anesthesiology, emergency medicine, pathology, or radiology

You use non-network providers who provide inpatient consultations or who specialize in anesthesiology, emergency medicine, pathology, or radiology. You pay the network cost-sharing. Unless the rules above about emergency medical treatment or visits to a network hospital or network ambulatory surgical center apply, the provider may also balance bill you.

Get answers to all your questions: (800) 419-4373 • uhh.org

UPDATES TO YOUR BENEFITS

Ambulance services

You use a non-network ambulance service (ground, air, water). Non-network air ambulance providers cannot balance bill you. Non-network ground and water ambulance providers can balance bill you.

The provider directory is wrong

You rely on the Plan's provider directory, or the Fund or Blue Cross Blue Shield of Illinois tells you a provider is in the network when the provider really is not in your network. Contact the Fund if you think this rule applies to your claim. The provider may balance bill you.

Make sure you always ask if the provider is in your network.

Your provider leaves the network

You are getting a course of treatment with a provider who leaves the network and you are a "continuing care patient" as defined by federal law because:

- You are pregnant and getting care for your pregnancy.
- You are getting treatment for a serious and complex condition requiring specialized medical care.
- You are getting inpatient care.
- You have scheduled a non-elective surgery (including post-operative care).
- You are terminally ill (expected to live for 6 months or less).

The Fund may continue to pay network benefits for covered services you get from that provider for up to 90 days (or until your continuing care ends, if earlier). In this case, the non-network provider cannot balance bill you.

If your provider leaves the network, you will get a notice and a continuity of care application. If you think you qualify as a continuing care patient, and you want to continue treatment with your provider, you should return the application to the Fund. Your provider will have to document that you meet the definition of a continuing care patient (as listed above).

Get answers to all your questions: (800) 419-4373 • uhh.org

UPDATES TO YOUR BENEFITS

The notice will include the deadline to apply for continuity of care and information on how to submit your application. Appeals for denied continuity of care applications are treated as pre-service claim appeals. However, your only level of appeal is to the Appeals Subcommittee. You may appeal the denial within 180 days of your receipt of the denial to:

**The Appeals Subcommittee
UNITE HERE HEALTH
711 N. Commons Dr.
Aurora, IL 60504-4197**

There is no network provider in the required specialty

The network does not have a provider in the required specialty. You pay the network cost-sharing, but the provider may also balance bill you.

A non-network benefit is shown in the schedule of benefits

You use a non-network provider for covered expenses for which a non-network benefit is shown in the schedule of benefits. You pay the network cost-sharing, but the provider may also balance bill you.

If you feel your claim was not paid correctly under these rules, you may submit an appeal. Your SPD gives you information about appealing claims, including your right to external review. (External review is only available for denials based on medical judgement, claims subject to federal no surprises billing protections, and rescissions of coverage.)

Changes to Plan exclusions

The exclusions and limitations listed in the medical and general plan exclusions and limitations sections of your SPD will generally not apply to emergency medical treatment. For example, emergency medical treatment related to the pregnancy of a dependent child is not excluded. (However, the exclusion of regular treatment related to the pregnancy of a dependent child will continue to apply to all claims that are not for preventive healthcare.)

In addition, the Fund will continue to not cover any treatment that would otherwise be excluded, regardless of the circumstances (for example, the Fund does not cover any treatment that is not medically necessary).

Remember, if you live in Massachusetts, the Plan meets Massachusetts's rules for minimum creditable coverage.

Get answers to all your questions: (800) 419-4373 • uhh.org

UPDATES TO YOUR BENEFITS

Changes to definitions

Allowable Charge

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

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

Emergency Medical Treatment

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

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

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

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

Get answers to all your questions: (800) 419-4373 • uhh.org

UPDATES TO YOUR BENEFITS

Change to interpretation of Plan provisions

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

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

Download the UHH Member Portal mobile app!

Get 24/7 access to your benefits and more!

Features include:

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

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

IPHONE



ANDROID



ACTUALIZACIONES DE SUS BENEFICIOS

CAA Introducción

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

Cambios en su lista de autorización previa

- El transporte en ambulancia aérea que no sea de emergencia requiere autorización previa. Llame a HealthCheck360 al **(844) 462-7812** antes de usar una ambulancia aérea para un tratamiento que no sea de emergencia.
- Las reglas para la autorización previa no se aplicarán al tratamiento médico de emergencia, incluida la observación o las admisiones después de una visita de emergencia. Sin embargo, se requiere autorización previa para los servicios o suministros en la lista de autorización previa en todas las demás situaciones.



(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.

ACTUALIZACIONES DE SUS BENEFICIOS

Cuando un proveedor fuera de la red puede considerarse un proveedor de la red

En las circunstancias especiales que se enumeran a continuación, el Plan pagará los servicios fuera de la red al costo compartido de la red, y ese costo compartido de la red se aplicará a su límite de gastos de bolsillo para atención médica.

En algunos casos, es posible que deba pagar la diferencia entre el cargo permitido y el cargo real del proveedor (llamado facturación de saldo). En otros casos, el proveedor no puede facturarle el saldo. La siguiente lista indicará si el proveedor puede o no facturarle el saldo.

Un proveedor fuera de la red puede ser considerado un proveedor de la red cuando:

Tratamiento médico de emergencia

Recibe tratamiento médico de emergencia de un proveedor fuera de la red. El proveedor fuera de la red no puede facturarle el saldo de su tratamiento médico de emergencia. (Más adelante en este SMM se incluye una nueva definición de “tratamiento médico de emergencia”).

Usted utiliza un hospital de la red o un centro quirúrgico ambulatorio de la red

Obtiene servicios y suministros de proveedores fuera de la red en relación con una visita a un hospital de la red (incluyendo el departamento de pacientes ambulatorios) o un centro de cirugía ambulatoria de la red. El proveedor fuera de la red no puede facturarle el saldo. Sin embargo, esto no se aplica si da su consentimiento informado a su profesional de atención médica aceptando renunciar a sus protecciones de la facturación del saldo (no es necesario que dé su consentimiento si no lo desea).

Proveedores fuera de la red que brindan consultas para pacientes hospitalizados o se especializan en anestesiología, medicina de emergencia, patología o radiología

Usted utiliza proveedores fuera de la red que brindan consultas para pacientes hospitalizados o que se especializan en anestesiología, medicina de emergencia, patología o radiología. Usted paga el costo compartido de la red. A menos que se apliquen las reglas anteriores sobre tratamiento médico de emergencia o visitas a un hospital de la red o un centro quirúrgico ambulatorio de la red, el proveedor también puede facturarle el saldo.

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (800) 419-4373 • uhh.org

ACTUALIZACIONES DE SUS BENEFICIOS

Servicios de ambulancia

Usted utiliza un servicio de ambulancia fuera de la red (terrestre, aéreo, acuático). Los proveedores de ambulancia aérea fuera de la red no pueden facturarle el saldo. Los proveedores de ambulancias terrestres y acuáticas fuera de la red pueden facturarle el saldo.

El directorio de proveedores está mal

Usted confía en el directorio de proveedores del Plan, o el Fondo o Blue Cross Blue Shield of Illinois le informa que un proveedor está en la red cuando el proveedor realmente no está en su red. Comuníquese con el Fondo si cree que esta regla se aplica a su reclamo. El proveedor puede facturarle el saldo.

Asegúrese de preguntar siempre si el proveedor está en su red.

Su proveedor deja la red

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

- Está embarazada y recibe atención para su embarazo.
- Está recibiendo tratamiento por una afección grave y compleja que requiere atención médica especializada.
- Está recibiendo atención hospitalaria.
- Ha programado una cirugía no electiva (incluyendo los cuidados posoperatorios).
- Tiene una enfermedad terminal (se espera que viva 6 meses o menos).

El Fondo puede continuar pagando los beneficios de la red por los servicios cubiertos que recibe de ese proveedor hasta por 90 días (o hasta que finalice su atención continua, si es antes). En este caso, el proveedor fuera de la red no puede facturarle el saldo.

Si su proveedor deja la red, recibirá un aviso y una solicitud de continuidad de la atención. Si cree que califica como paciente de atención continua y desea continuar el tratamiento con su proveedor, debe devolver la solicitud al Fondo. Su proveedor deberá documentar que usted cumple con la definición de un paciente de atención continua (como se indica arriba).

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (800) 419-4373 • uhh.org

ACTUALIZACIONES DE SUS BENEFICIOS

El aviso incluirá la fecha límite para solicitar la continuidad de la atención e información sobre cómo enviar su solicitud. Las apelaciones por solicitudes de continuidad de atención denegadas se tratan como apelaciones de reclamos previas al servicio. Sin embargo, su único nivel de apelación es ante el Subcomité de Apelaciones. Puede apelar la denegación dentro de los 180 días posteriores a la recepción de la denegación a:

The Appeals Subcommittee *(El Subcomité de Apelaciones)*

UNITE HERE HEALTH
711 N. Commons Dr.
Aurora, IL 60504-4197

No hay proveedor de la red en la especialidad requerida

La red no cuenta con un proveedor en la especialidad requerida. Usted paga el costo compartido de la red, pero el proveedor también puede facturarle el saldo.

Un beneficio fuera de la red se muestra en el programa de beneficios

Usted utiliza un proveedor fuera de la red para los gastos cubiertos para los cuales se muestra un beneficio fuera de la red en el programa de beneficios. Usted paga el costo compartido de la red, pero el proveedor también puede facturarle el saldo.

Si cree que su reclamo no se pagó correctamente según estas reglas, puede presentar una apelación. Su SPD le brinda información sobre cómo apelar reclamos, incluyendo su derecho a una revisión externa. (La revisión externa solo está disponible para denegaciones basadas en el criterio médico, reclamaciones sujetas a protecciones federales de facturación sin sorpresas y rescisiones de cobertura).

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

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

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

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

IPHONE



ANDROIDE



ACTUALIZACIONES DE SUS BENEFICIOS

Cambios a las exclusiones del Plan

Las exclusiones y limitaciones enumeradas en las secciones de exclusiones y limitaciones del plan médico y general de su SPD generalmente no se aplicarán al tratamiento médico de emergencia. Por ejemplo, no se excluye el tratamiento médico de emergencia relacionado con el embarazo de un hijo dependiente. (Sin embargo, la exclusión del tratamiento regular relacionado con el embarazo de un hijo dependiente seguirá aplicándose a todos los reclamos que no sean para atención médica preventiva).

Además, el Fondo seguirá sin cubrir ningún tratamiento que de otro modo estaría excluido, independientemente de las circunstancias (por ejemplo, el Fondo no cubre ningún tratamiento que no sea médicamente necesario).

Recuerde, si vive en Massachusetts, el Plan cumple con las reglas de Massachusetts para la cobertura acreditable mínima.

Cambios en las definiciones

Cargos permitidos

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

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

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (800) 419-4373 • uhh.org

ACTUALIZACIONES DE SUS BENEFICIOS

Tratamiento médico de emergencia

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

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

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

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

Cambio en la interpretación de las disposiciones del Plan

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

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

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (800) 419-4373 • uhh.org