



Formerly the H.E.R.E.I.U. Welfare Fund



Health Care Reform and Other Important Information

**Delaware North Companies –
Travel Hospitality Services
Base Plan 174**

The Effect of Health Care Reform

Effective as of April 1, 2011, the Affordable Care Act makes important changes to your health care benefits in the **five areas shown below**:

- **Lifetime dollar limits** for Comprehensive Major Medical Benefits;
- **Annual dollar limits for certain covered services**;
- **Preventive health care services**;
- **Certain retroactive terminations of coverage**; and
- **Appeals**.

How these changes affect your benefits in each of these areas is described below.

Comprehensive Major Medical Benefits

Lifetime Maximum Benefit Eliminated

Effective as of April 1, 2011, your Plan's \$1,000,000 lifetime maximum benefit is eliminated.

Annual Dollar Limits

Even though the Plan's lifetime maximum benefit no longer applies, the Affordable Care Act allows the Plan to apply an overall dollar limit to the total amount of benefits paid each year for covered services. To help preserve the affordability of your existing coverage, **the Plan will apply a \$1,000,000 per person annual maximum on all Comprehensive Major Medical Benefits as of April 1, 2011.**

This annual maximum will increase each year as shown below:

- \$1,250,000 as of January 1, 2012; and
- \$2,000,000 as of January 1, 2013.

As of January 1, 2014, the total annual dollar maximum will no longer apply.

Because the Plan has placed an annual dollar limit on the total amount of benefits paid per person, specific annual maximums no longer apply to certain covered services classified as *essential health benefits* by the Affordable Care Act.

Therefore, effective **as of April 1, 2011, the following covered services no longer have a specific annual maximum**:

- **Speech therapy for children** – the \$2,500 annual maximum is eliminated; and
- **Tobacco cessation drugs under the Wellness Incentive Program** – the \$500 annual limit is changed to two twelve consecutive week courses of treatment during a calendar year.

However, for purposes of determining compliance with the Affordable Care Act's annual limit restrictions, **the Plan does not consider the covered medical services shown below to be *essential health benefits***, and, therefore, **existing limits will continue to apply.**

This announcement 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, formerly The H.E.R.E.I.U. Welfare Fund.

Please read this information carefully, then, keep it with your Summary Plan Description (SPD) for future reference.

Except as described in this announcement, the information contained in your SPD, as changed by previous SMMs, continues to apply.

- **Certified Diabetes Educator services** (\$200 calendar year maximum under Comprehensive Major Medical Benefits); and
- **Registered Dietitian services** (\$200 calendar year maximum under Comprehensive Major Medical Benefits).

New Definition of Emergency Medical Treatment

For benefit purposes, emergency medical treatment means covered medical services used to treat a medical condition 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 in serious jeopardy or result in serious impairment of bodily functions or bodily organs or body parts.

Preventive Health Care Services

The Plan provides benefits for specific preventive health care services furnished by both network and non-network providers.

However, the Affordable Care Act has made significant changes to the number of covered preventive health care services the Plan must cover and the level of benefits it must provide. These changes are described below.

Services Furnished by Network Providers

Although the Plan continues to pay 100% of allowable charges furnished by network providers, effective as of April 1, 2011, the number of preventive health care services the Plan must cover has been expended as shown. The Plan also pays 100% of allowable charges for laboratory tests, chest x-rays and EKGs associated with doctor office visits for routine annual physical examinations.

Covered Preventive Services for Adults

- **Abdominal** aortic aneurysm one-time screening by ultrasonography for men age 65 to 75 who have ever smoked;
- **Alcohol misuse** screening and behavior counseling;
- **Blood pressure** screening for all adults (ages 18 or older);
- **Cholesterol** screening for men age 20 or older and women age 20 or older at increased risk for coronary heart disease;



- **Colorectal cancer** screening using fecal occult blood testing, sigmoidoscopy, or colonoscopy, for adults ages 50 to 75, provided that benefits for sigmoidoscopies or colonoscopies are only available when performed as follows:
 - Once every 10 years for persons of average risk for colon cancer, or
 - Once every two years for a person diagnosed by his or her treating doctor as high risk for colon cancer because of immediate family members;
- **Depression** screening for adults (ages 18 or older);
- **Type 2 diabetes** screening for adults with blood pressure greater than 135/80;
- **Diet** counseling for adults at higher risk for cardiovascular and diet-related chronic disease;
- **HIV** screening for all adults at increased risk;
- **Immunization** vaccines for adults (age 19 or older) – doses, recommended ages, and recommended populations vary, call (866) 261-5676 for more information:
 - Hepatitis A,
 - Hepatitis B,
 - Herpes Zoster,
 - Human Papillomavirus,
 - Influenza,
 - Measles, Mumps, Rubella,
 - Meningococcal,
 - Pneumococcal,
 - Tetanus, Diphtheria, Pertussis,
 - Varicella;
- **Obesity** screening and counseling for all adults (ages 18 or older);
- **Sexually Transmitted Infection (STI)** prevention counseling for sexually active adults at increased risk;
- **Tobacco** use screening for all adults and cessation interventions for tobacco users;

- **Syphilis** screening for all adults at increased risk.

Covered Preventive Services for Women, Including Pregnant Women

- **Anemia** screening on a routine basis for pregnant women;
- **Bacteriuria** urinary tract or other infection screening for pregnant women at 12 to 16 weeks' gestation or at the first prenatal visit, if later;
- **BRCA** counseling about genetic testing for women at increased risk;
- **Breast cancer mammography** screenings annually;
- **Breast cancer chemoprevention** counseling for women at high risk for breast cancer but low risk for adverse effects of chemoprevention;
- **Breast feeding** interventions to support and promote breast feeding;
- **Cervical cancer** screening annually for sexually active women;
- **Chlamydia infection** screening for non-pregnant women under age 24 and all pregnant women at increased risk;
- **Gonorrhea** screening for all sexually active women at increased risk;
- **Hepatitis B** screening for pregnant women at their first prenatal visit;
- **Osteoporosis** screening for women age 65 and over;
- **Rh incompatibility** screening for all pregnant women and follow-up testing 24 to 28 weeks' gestation unless the biological father is known to be Rh (D) negative;
- **Tobacco use** screening and interventions for all women, and expanded counseling for pregnant tobacco users;
- **Syphilis** screening for all pregnant women or other women at increased risk.

Covered Preventive Services for Children

- **Alcohol and drug use** assessments for adolescents;
- **Autism** screening for children at 18 and 24 months;
- **Behavioral assessments** for children of all ages;
- **Blood pressure** screening for children;
- **Cervical dysplasia** screening for sexually active females;

- **Congenital hypothyroidism** screening for newborns;
- **Depression** screening and follow-up for adolescents (12 to 18 years of age) for Major Depressive Disorder;
- **Developmental** screening for children under age 3, including associated laboratory tests, and surveillance throughout childhood;
- **Dyslipidemia** screening for children at higher risk of lipid disorders;
- **Gonorrhea** preventive medication for the eyes of all newborns;
- **Hearing** screening for all newborns;
- **Height, weight and body mass index** measurements for children;
- **Hematocrit or hemoglobin** screening for children;
- **Hemoglobinopathies** or sickle cell screening for newborns;
- **HIV** screening for adolescents at higher risk;
- **Immunization vaccines** for children from birth to age 18 —doses, recommended ages, and recommended populations vary, call (866) 261-5676 for more information:
 - Diphtheria, Tetanus, Pertussis,
 - Haemophilus influenzae type b (Hib),
 - Hepatitis A,
 - Hepatitis B,
 - Human Papillomavirus,
 - Inactivated Poliovirus,
 - Influenza,



- Measles, Mumps, Rubella,
- Meningococcal,
- Pneumococcal,
- Rotavirus,
- Varicella;
- **Lead** screening for children at risk of exposure;
- **Medical history** for all children throughout development;
- **Obesity** screening and counseling (age 6 and older);
- **Oral health** risk assessment for young children;
- **Phenylketonuria (PKU)** screening for this genetic disorder in newborns;
- **Sexually Transmitted Infection (STI)** prevention counseling and screening for sexually active adolescents at increased risk;
- **Tuberculin** testing for children at higher risk of tuberculosis;
- **Vision** screening to detect amblyopia, strabismus, and defects in visual acuity in children younger than age 5.

The Plan's office visit copayment requirements only apply to charges made for the office visit, not to the covered services provided during, or in conjunction with, the office visit. There will be no copayment required at all, however, if the primary reason for the office visit is to receive a covered preventive service.

Services Furnished by Network Providers

Because the Affordable Care Act does not require Plans to provide the same preventive health care coverage for services furnished by non-network providers, the Plan's existing benefits for preventive health care services furnished by non-network providers remains unchanged: subject to the calendar year deductible and certain age and frequency limitations, the Plan generally pays 60% of allowable charges for the specific covered expenses listed in your Summary Plan Description.

Prescription Drug Benefits – New Zero Copay Drugs

Effective as of April 1, 2011, the drugs shown below are available free of charge to you (zero copay) when filled at a network pharmacy.

- Aspirin use for men ages 45 to 79 to reduce the threat of heart attack and women ages 55 to 79 to reduce the threat of stroke;
- Folic acid supplements for women who may become pregnant;
- Iron supplements for asymptomatic children ages 6 months to 12 months at risk for iron deficiency anemia;
- Oral fluoride supplementation for pre-school children older than 6 months of age whose primary water source is deficient in fluoride; and
- Over the counter tobacco cessation products.

Dental Benefits

Effective as of April 1, 2011, the **annual dollar maximums** that apply to non-orthodontic treatments (\$1,500 network and \$1,000 non-network) **will not include benefits for dental examinations furnished to** covered persons under age 19. However, limits on how often certain services qualify for benefits still apply.

For purposes of determining compliance with Affordable Care Act's annual limit restrictions, **the Plan does not consider covered orthodontic services to be essential health benefits**, and, therefore, **the existing \$1,500 lifetime limit still applies**.

Vision Care Benefits

Effective as of April 1, 2011, the **\$43 maximum that applies to non-network eye examinations will not include** benefits for **eye examinations furnished to covered children under age 5**. However, limits on how often those services qualify for benefits still apply.

Retroactive Terminations of Coverage

Effective as of April 1, 2011, your coverage under the Plan may not be terminated retroactively (this is called a rescission of coverage) except in the case of fraud or an intentional misrepresentation of material fact. In this case, the Plan will provide at least 30 days advance notice before retroactively terminating coverage, and you will have the right to file an appeal.

If the Plan terminates coverage on a prospective basis, the prospective termination of coverage is not a rescission. Additionally, the Plan may retroactively terminate coverage in the following circumstances, and the termination is not considered a rescission of coverage:

- Failure to make contributions or payments towards the cost of coverage, including COBRA continuation coverage, when those payments are due;
- Untimely notice of death or divorce; or
- As otherwise permitted by law.

In addition to the actions the Trustees have taken to comply with the Affordable Care Act's requirements, the Trustees have also taken the actions described below. Please read this information carefully.

New Appeal Rules Increase Claimant Protections

Effective as of April 1, 2011, Health Care Reform requires the Plan's Claims and Appeals Procedures to include a new independent external review procedure. The new rules are described below.

Within four months after the date you receive a final notice from the Plan's Appeals Subcommittee that your appeal has been denied, you may request an external review by an independent external review organization. If you wish to have the external review organization review your claim, you should submit your request to the Plan.

The Plan will conduct a preliminary review of your eligibility for external review within five business days after receiving your request. To be eligible:

- You must have met the applicable eligibility criteria at the time you incurred the medical expense,

- Your claim must relate to an issue other than the Plan's eligibility criteria,
- You must have exhausted your internal appeal rights and
- You must submit all the necessary information and forms.

After completing its preliminary review, the Plan has one day to notify you of its determination.

If you are eligible for external review, the Plan will forward your information to the review organization. The external review will be truly independent and the review organization will afford no deference to the Plan's prior decisions. You may submit additional information to the review organization within ten business days after the review organization receives the request for review. This information may include:

- Your medical records,
- Recommendations from any attending health care professional,
- Reports and other documents,
- The Plan terms,
- Practice guidelines, including evidence-based standards, and
- Any clinical review criteria the Plan developed or used.

Within forty-five days of receiving the request for review, you will be informed of the external review decision. The notice from the review organization will explain the decision and include other important information. The external review organization's decision is binding on the Plan. If it approves your request, the Plan will provide immediate coverage. If it denies your request, you may file a suit in court.



Need More Information?

If you have questions about which provisions of the Affordable Care Act apply your plan and which provisions do not, contact UNITE HERE HEALTH at (866) 261-5676 or the plan administrator at (630) 236-5100, or mail your questions or complaints to:

Chief Executive Officer
UNITE HERE HEALTH
P.O. Box 6020, Aurora
Illinois 60598-0020

You may also contact the Employee Benefit Security Administration, U.S. Department of Labor at (866) 444-3272 or www.dol.gov/ebsa/healthreform.

Other Important Information

In addition to the actions the Trustees have taken to comply with the Affordable Care Act's requirements, the Trustees have also taken the actions described below. Please read this information carefully.

Trustees Expand Remedies for Fraud

Effective as of January 1, 2011, if a person submits information that he or she knows is false or purposely does not submit or conceals important information in order to obtain any Plan benefit, the Trustees may take actions to remedy the fraud, including: asking for the repayment of any benefits paid, denying payment of any benefits, deducting amounts paid from future benefit payments, and suspending and revoking coverage.

These options were further expanded as of April 1, 2011 to include the retroactive termination of coverage measures described previously.

Prescription Drug Benefits – New Patient Safety Protection

Effective as of November 8, 2010, the Plan's **prior authorization** rules **will apply to all drugs for which the U.S. Food and Drug Administration (FDA)** requires the drug's manufacturer to submit a Risk Evaluation and Mitigation Strategy. This FDA requirement **severely restricts access** to the effected drugs.

This new prior authorization requirement will immediately affect persons using **Avandia, Avandaryl, and Avandamet**, diabetes drugs that have been shown to expose those taking them to increased risk of heart attack and even death.

Because of the FDA's regulatory action, these drugs will not be available to persons not already using them, unless they are unable to control blood sugar levels using other medications. Persons currently using these drugs will be able to continue taking them, but only if they appear to be benefiting from them and acknowledge the potential risks in writing. Additionally, their doctors will have to attest to and document their patients' eligibility for these drugs.



New Mail Order Drug Service Provider

Effective as of May 1, 2011, your mail order service provider will change from Immediate Pharmaceutical Services Inc. (IPS) **to Catalyst Mail**. If you have prescriptions on file with IPS for drugs you are currently receiving, you probably will not need to obtain a new prescription to receive those drugs through Catalyst Mail. However, **certain types of medications require new prescriptions.**

Prescriptions that cannot be transferred include:

- Expired prescriptions;
- Prescriptions without remaining refills;
- Prescriptions for controlled substances;
- Prescriptions for compound medications; or
- Future-fill prescriptions (prescriptions not yet processed with future refill dates).

If you have **questions** or need help with the transition from IPS to Catalyst Mail, call the **Catalyst Mail Call Center** toll free at **(866) 814-7105**.

Mail Service Representatives are available Monday through Friday from 7:00 a.m. to 9:00 p.m. ET and Saturdays and Sundays from 8:00 a.m. to 6:30 p.m. ET.

Life Saver Plan Option Continued Through December 31, 2011

Life Saver Plan coverage will continue to be available to those participants who lose plan coverage any time from January 1, 2009, through December 31, 2011, because of:

- Layoff;
- Employer initiated termination of employment due to a decrease in the availability of work; or
- Employer initiated reduction of a participant's hours of work.

A person electing **Life Saver Plan coverage** may not make more than 30 monthly self-payments, but self-payments and coverage **may not continue beyond December 31, 2011.**

The Effect of Severely Delinquent Employer Contributions

Effective as of March 16, 2011, the Trustees may terminate eligibility for employees of an employer whose contributions to the Fund are severely delinquent. Coverage for those employees will terminate as of the last day of the coverage period corresponding to the last work period for which the Fund grants eligibility by processing the employer's work report. The work report reflects an employee's work history, which allows the Fund to determine his or her eligibility.

The Trustees have the sole authority to determine when an employer's contributions are severely delinquent. However, because participants generally have no knowledge about the status of their employer's contributions to the Fund, participants will be given advanced notice of the planned termination of coverage.

Questions? Contact UNITE HERE HEALTH at (866) 261-5676

275 Seventh Avenue, Suite 1504, New York, NY 10001

Nuevo proveedor de servicios de pedidos de medicamentos por correo

A partir del 1 de mayo de 2011, su proveedor de servicios de pedidos de medicamentos por correo cambiará de Immediate Pharmaceutical Services Inc. (IPS) a Catalyst Mail. Si usted ha entregado a IPS recetas actualizadas para medicamentos que recibe actualmente, probablemente no necesitará obtener nuevas recetas para recibir dichos medicamentos a través de Catalyst Mail. Sin embargo, **algunos medicamentos requieren que se presente una nueva receta.**

Las recetas que no pueden ser transferidas incluyen:

- recetas vencidas,
- recetas para futuras reposiciones que ya se han utilizado completamente,
- recetas para sustancias controladas,
- recetas para medicamentos compuestos, y
- recetas para futuras reposiciones (recetas que todavía no han sido procesadas que contienen fechas de reposición a futuro).

Si tiene **preguntas** o necesita ayuda con la transición de IPS a Catalyst Mail, **llame a la línea gratuita del Centro de Llamadas de Catalyst Mail al (866) 814-7105.**

Los representantes del servicio de pedidos de medicamentos por correo atienden de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 9:00 p.m. ET y los sábados y domingos de 8:00 a.m. a 6:30 p.m. ET.

La opción de Plan Life Saver continúa hasta el 31 de diciembre de 2011

La cobertura del Plan Life Saver seguirá estando disponible para aquellos participantes que pierdan la cobertura del plan en algún momento entre el 1 de enero de 2009 y el 31 de diciembre de 2011, ya sea por:

Efecto de las contribuciones indebid

A partir del 16 de marzo de 2011, los Fideicomisarios pueden finalizar la elegibilidad de los empleados de un patrón cuyas contribuciones al Fondo se realizan en forma indebida. La cobertura de dichos empleados finalizará el último día del período de cobertura que corresponde al último período de trabajo para el cual el Fondo reconoce su elegibilidad mediante el procesamiento del informe laboral de su patrón. El informe laboral contiene los antecedentes laborales del empleado y permite que el Fondo determine su elegibilidad.

- Los Fideicomisarios poseen autoridad exclusiva para determinar cuándo las contribuciones del patrón se realizan en forma indebida. Sin embargo, dado que, en general, los participantes no tienen conocimiento sobre el estado de las contribuciones del patrón al Fondo, los participantes serán notificados con antelación sobre la finalización de cobertura del plan.
- rescisión del contrato de trabajo debido a la necesidad de reducir mano de obra; o
- suspensión;

¿Necesita más información?

Si tiene alguna pregunta sobre qué disposiciones de la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio se aplican al Plan y qué disposiciones no, contáctese con UNITE HERE HEALTH al (866) 261-5676 o con el Administrador del Plan al (630) 236-5100 o envíe sus preguntas o reclamos por correo a:

Ejecutivo Principal, UNITE HERE HEALTH
P.O. Box 6020
Aurora, Illinois 60598-0020

Además, puede contactarse con la Administración de Seguridad de Empleados del Departamento de Trabajo de los EUA llamando al (866) 444-3272 o ingresando a www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Necesita más información?

Si tiene alguna pregunta sobre qué disposiciones de la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio se aplican al Plan y qué disposiciones no, contáctese con UNITE HERE HEALTH al (866) 261-5676 o con el Administrador del Plan al (630) 236-5100 o envíe sus preguntas o reclamos por correo a:

Ejecutivo Principal, UNITE HERE HEALTH
P.O. Box 6020
Aurora, Illinois 60598-0020

Además, puede contactarse con la Administración de Seguridad de Empleados del Departamento de Trabajo de los EUA llamando al (866) 444-3272 o ingresando a www.dol.gov/ebsa/healthreform.

Además de los cambios realizados para cumplir con los requisitos de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, los Fideicomisarios también llevaron a cabo las modificaciones que se describen a continuación. Por favor, lea esta información atentamente.

Los Fideicomisarios amplían los recursos legales contra el fraude

A partir del 1 de enero de 2011, si una persona presenta información que sabe que es falsa o voluntariamente no presenta u omite información importante con el fin de obtener un beneficio del Plan, los Fideicomisarios podrán iniciarle acciones legales por fraude, incluyendo: exigirle el reembolso de cualquier beneficio pagado por el Plan, rechazar el pago de cualquier beneficio, deducir los montos pagados del pago de futuros beneficios y suspender y revocar la cobertura. A partir del 1 de abril de 2011, estas facultades se ampliaron aún más para incluir las medidas de finalización retroactiva de cobertura mencionadas anteriormente.

Beneficios para medicamentos de venta bajo receta – protección adicional a la seguridad del paciente

A partir del 8 de noviembre de 2010, las normas de autorización previa del Plan se aplican a todos los medicamentos para los cuales la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos (FDA) exige que el fabricante



Cese retroactivo de la cobertura

A partir del 1 de abril de 2011, su cobertura por el Plan no puede cesar en forma retroactiva (lo que se denomina rescisión de la cobertura), salvo en caso de fraude o de presentación de datos incorrectos en forma intencional. En este caso, el Plan anuncia con por lo menos 30 días de anticipación el cese retroactivo de la cobertura y usted tiene derecho a presentar una apelación.

Si el Plan cesa la cobertura en forma prospectiva, el cese prospectivo de la cobertura no constituye rescisión. Además, el Plan puede cesar retroactivamente la cobertura en las circunstancias que se mencionan a continuación sin que constituya rescisión de la cobertura:

- Incumplimiento con las contribuciones o pagos correspondientes para cubrir el costo de la cobertura, incluyendo la continuación de cobertura bajo la ley COBRA, al vencimiento de dichos pagos,
- Notificación de fallecimiento o divorcio fuera de los plazos estipulados, o
- Según lo dispuesto por la ley.

Se agrega la disposición sobre la revisión externa independiente a los procedimientos de reclamos y apelaciones

A partir del 1 de abril de 2011, la Reforma del Sistema de Salud exige que los Procedimientos para la presentación de Reclamos y Apelaciones incluyan un nuevo procedimiento de revisión externa independiente. A continuación se describen las nuevas normas.

Dentro de los cuatro meses de la fecha en la que usted reciba una notificación definitiva del Subcomité de Apelaciones del Plan en la que se le comunica que se le ha denegado su apelación, usted puede solicitar la revisión externa independiente a una organización externa independiente. Si usted desea que dicha organización externa analice su pedido de revisión, debe presentar su solicitud al Plan. El Plan realizará una revisión preliminar de su elegibilidad para una revisión externa dentro de los cinco días hábiles de la recepción de su solicitud. Para ser elegible: ■ usted debe haber cumplido con los criterios de elegibilidad vigentes en el momento en que incurrió en el gasto por razones médicas,

- su reclamo debe estar relacionado con un problema diferente de los criterios de elegibilidad del Plan,
- usted debe haber agotado sus derechos de apelación interna, y
- debe presentar toda la información y formularios necesarios.

Después de completar la revisión preliminar, el Plan tiene un día para notificarle su decisión. Si usted es elegible para la revisión externa, el Plan enviará su información a la organización revisora. La revisión externa será totalmente independiente y la organización revisora no tendrá consideración por las decisiones anteriores del Plan. Usted puede presentar información adicional a la organización revisora dentro de los diez días hábiles a partir de la fecha en que la organización revisora reciba la solicitud de revisión. Esta información puede incluir:

- su historia clínica,
- recomendaciones de cualquier profesional de salud tratante,
- informes y otros documentos,
- las condiciones del Plan,
- guías de práctica, incluyendo normas basadas en la evidencia, y
- cualquier criterio de revisión clínica que el Plan haya desarrollado o utilizado.

Dentro de los cuarenta y cinco días de la recepción del pedido de revisión, se le informará la decisión del revisor externo. La notificación de la organización revisora explicará la decisión e incluirá otra información importante. La decisión de la organización revisora externa es vinculante para el Plan. Si aprueba su pedido, el Plan proporcionará cobertura inmediata. Si rechaza su pedido, usted puede iniciar una demanda judicial.



eralmente 60% de los cargos admisibles para los gastos de cobertura específicos detallados en su Descripción Resumen.

Beneficio de medicamentos recetados – ampliación de la lista de medicamentos de copago cero

- A partir del 1 de abril de 2011, los medicamentos incluidos a continuación están disponibles sin cargo para usted (copago cero) cuando los repone en una farmacia de la red.
- Consumo de aspirina para hombres de 45 a 79 años para reducir el riesgo de ataques cardíacos y para mujeres de 55 a 79 años para reducir el riesgo de accidente cerebrovascular.
- Suplementos de ácido fólico para mujeres que pueden quedar embarazadas;
- Suplementos de hierro para niños asintomáticos de entre 6 y 12 meses de edad con riesgo de anemia por deficiencia de hierro;
- Suplementos orales de flúor para niños preescolares mayores de 6 meses de edad cuya fuente de agua es deficiente en flúor; y
- Productos de venta libre para el abandono del tabaco.

Beneficios dentales

A partir del 1 de abril de 2011, el monto máximo anual (\$1,500 dentro de la red y \$1,000 fuera de la red) aplicable a los tratamientos dentales, excepto los de ortodoncia, no incluye beneficios por exámenes dentales prestados a personas cubiertas menores de 19 años. Sin embargo, siguen vigentes los límites sobre la frecuencia admitida para que se apliquen beneficios a ciertos servicios.

Para cumplir con las restricciones a los límites anuales de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, el Plan considera que los servicios de ortodoncia cubiertos no son beneficios básicos de salud, y por lo tanto, el límite actual de \$1,500 de por vida sigue vigente.

Beneficios de cuidado de la visión

A partir del 1 de abril de 2011, el máximo de \$43 aplicable a los exámenes de la visión no incluye beneficios por exámenes de la visión que prestados a personas cubiertas menores de 5 años. Sin embargo, siguen vigentes los límites sobre la frecuencia admitida para que se apliquen beneficios a estos servicios.

- Difteria, tétano, pertusis,
- Haemophilus influenzae tipo b,
- Hepatitis A,
- Hepatitis B,
- Papilomavirus Humano,
- Poliovirus inactivados,
- Influenza,
- Sarampión, paperas, rubéola,
- Meningococo,
- Neumococo,
- Rotavirus,
- Varicela;

- Estudios de detección de **plomo** en sangre para niños con riesgo de exposición al plomo;
- Mantenimiento de **historia clínica** para todos los niños durante su desarrollo;
- Estudios y asesoramiento para la **obesidad** (desde los 6 años en adelante);
- Evaluación de riesgo de **salud bucal** para niños;
- Estudios de detección de **fenilcetonuria (PKU)**, enfermedad hereditaria, en recién nacidos;
- **Enfermedades de transmisión sexual (STI, por sus siglas en inglés)**, orientación para la prevención de adolescentes sexualmente activos en mayor riesgo;
- Análisis de **tuberculina** para menores con mayor riesgo de contraer tuberculosis;
- Estudios de la **visión** para detectar ambliopía, estrabismo y defectos en la agudeza visual, en niños menores de 5 años.

Servicios prestados por proveedores que no pertenecen a la red

Como la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio no exige a los Planes brindar la misma cobertura para servicios preventivos de cuidados de salud prestados por proveedores que no pertenecen a la red, los beneficios existentes del Plan para servicios preventivos de cuidados de salud prestados por proveedores que no pertenecen a la red siguen vigentes sin modificaciones: sujeto al deducible por año calendario y a ciertos límites de edad y frecuencia, el Plan paga gen-

■ Estudios de detección de los efectos del **consumo de tabaco** para todos los adultos e intervenciones para dejar de fumar;

■ Estudios de detección de **sífilis** para los adultos en mayor riesgo.

Servicios preventivos cubiertos para mujeres, incluyendo mujeres embarazadas

■ Estudios de rutina para la detección de **anemia** para mujeres embarazadas;

■ Estudios de detección de **bacteriuria** del tracto urinario u otras infecciones para mujeres embarazadas de 12 a 16 semanas de gestación o en la primera consulta por cuidados prenatales, si la primera visita fuera más tarde;

■ Orientación sobre **cáncer de mama** y análisis genéticos para las mujeres en mayor riesgo;

■ **Mamografías** anuales para detectar cáncer de mama;

■ Orientación para la **quimioprevención del cáncer de mama** para mujeres con alto riesgo de contraer cáncer de mama pero bajo riesgo de efectos adversos por la quimioprevención;

■ Consejos para la **lactancia**, para apoyar y promover la lactancia materna;

■ Estudios anuales de detección de **cáncer cervical** para mujeres sexualmente activas;

■ Estudios de detección de **infección por clamidia** para mujeres no embarazadas de menos de 24 años y para todas las mujeres embarazadas en mayor riesgo;

■ Estudios de detección de **gonorrea** para todas las mujeres sexualmente activas en mayor riesgo;

■ Estudios de detección de **hepatitis B** para mujeres embarazadas en su primera consulta por cuidados prenatales;

■ Estudios de detección de **osteoporosis** para mujeres de más de 65 años de edad;

■ Estudios de detección de **incompatibilidad Rh** para todas las mujeres embarazadas y exámenes de seguimiento desde las 24 a las 28 semanas de gestación a menos que se tenga certeza de que el padre biológico es Rh (D) negativo;

■ Estudios de detección de los efectos del **consumo de tabaco**, intervenciones para dejar de fumar para todas las mujeres y orientación prolongada para mujeres fumadoras embarazadas;

■ Estudios de detección de **sífilis** para todas las mujeres embarazadas u otras mujeres en mayor riesgo.

Servicios preventivos cubiertos para menores

■ Evaluación de los efectos del **uso de alcohol y drogas** para adolescentes;

■ Estudios de detección de **autismo** para menores de entre 18 y 24 meses;

■ Evaluación de **conducta** para menores de cualquier edad;

■ Estudios de **presión arterial** para menores;

■ Estudios de detección de **displasia cervical** para mujeres sexualmente activas;

■ Estudios de detección de **hipotiroidismo congénito** para recién nacidos;

■ Estudios de detección de **depresión** y seguimiento para adolescentes (12 a 18 años de edad) que sufren Trastornos Depresivos Mayores;

■ Estudios **del desarrollo** para menores de 3 años, incluyendo análisis de laboratorio y vigilancia durante la niñez;

■ Estudios de detección de **dislipidemia** para niños con mayor riesgo de presentar trastornos de lípidos;

■ Medicamentos para prevenir la **gonorrea** en los ojos para todos los recién nacidos;

■ Estudios de **audición** para todos los recién nacidos;

■ Medición del **índice de altura, peso y masa corporal** para niños;

■ Estudios de **hematocritos o hemoglobina** para niños;

■ Estudios de **hemoglobinopatías** o células falciformes para recién nacidos;

■ Estudios de detección de **VIH** para adolescentes en Vacunas de **inmunización** para niños desde el mayor riesgo;

■ Vacunas de **inmunización** para niños desde el nacimiento hasta los 18 años de edad – las dosis, edades y poblaciones recomendadas varían; para más información llame al (866) 261-5676;



Nueva definición de tratamiento médico de emergencia

A los efectos de definir los beneficios, el tratamiento médico de emergencia comprende servicios médicos cubiertos provistos para tratar una condición médica que se presenta con síntomas agudos de gravedad tal (incluye dolor intenso) que una persona, con conocimientos comunes de salud y medicina, podría llegar a suponer que de no recibir atención médica inmediata correría grave riesgo la salud del paciente o provocar una discapacidad grave de las funciones del organismo u órganos o partes del cuerpo.

Servicios de cuidados preventivos de salud

El Plan brinda beneficios para servicios de cuidados preventivos de salud específicos prestados tanto por proveedores de la red como de fuera de la red.

Sin embargo, la Ley de Ciudadado de Salud a Bajo Precio ha realizado modificaciones a la cantidad de servicios de cuidados preventivos de salud que el Plan debe cubrir y el nivel de beneficios que debe proveer. Estas modificaciones se describen a continuación.

Servicios prestados por proveedores de la red

Aunque el Plan continua pagando el 100% de los cargos admisibles por servicios prestados por proveedores de la red, a partir del 1 de abril de 2011, el número de servicios de cuidados preventivos de salud que el Plan debe cubrir se ha ampliado como se detalla a continuación. El Plan también paga el 100% de los cargos admisibles por servicios de análisis de laboratorio, radiografías de tórax y electrocardiogramas cuando son parte de las visitas al consultorio médico para exámenes físicos anuales de rutina.

- **Servicios preventivos cubiertos para adultos**
Estudios de única vez para la detección de **aneurisma aórtico abdominal** por ecografía para hombres de 65 a 75 años que han fumado alguna vez;
- Estudios de detección de los efectos del **uso indebido de alcohol** y orientación por problemas de conducta;
- Estudios de detección de **alta presión** para todos los adultos (personas de 18 o más años de edad);
- Estudios de detección de **colesterol** para hombres y mujeres de 20 o más años de edad con mayor riesgo de padecer enfermedades coronarias;
- Estudios de detección de **cáncer colorrectal** para adultos de 50 a 75 años por análisis de sangre oculta en materiales

tería fecal, sigmoidoscopia o colonoscopia. Los beneficios para los servicios de sigmoidoscopia y colonoscopia estarán disponibles sólo cuando se implementen del siguiente modo:

- Una vez cada 10 años para personas con riesgo normal de cáncer de colon, o
- Una vez cada dos años para personas a las cuales el médico tratante les ha diagnosticado alto riesgo de cáncer de colon por antecedentes familiares directos;

- Estudios de detección de **depresión** para adultos (18 años o más);
- Estudios de detección de **diabetes** tipo 2 para adultos con presión arterial de más de 135/80;

- Asesoramiento de un **dietista** para adultos con mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas cardiovasculares o relacionadas con la dieta;
- Estudios de detección de **VIH** para la población de adultos de mayor riesgo;

- **Vacunas** para adultos (19 años o más) – las dosis, edades y poblaciones recomendadas varían, para más información llame al (866) 261-5676;

- Hepatitis A,
- Hepatitis B,
- Herpes Zóster,
- Papilomavirus Humano,
- Influenza,
- Sarampión, paperas, rubéola,
- Meningococo,
- Neumococo,
- Tétano, difteria, pertusis,
- Varicela;

- Estudios de detección de **obesidad** y orientación para adultos (18 años o más);

- Orientación sobre la prevención de **Enfermedades de transmisión sexual (STI, por sus siglas en inglés)** para los adultos sexualmente activos en mayor riesgo;



Efectos de la Reforma al Sistema de Salud

Este máximo anual aumentará cada año como se mues-
tra a continuación:

- \$1,250,000 a partir del 1 de enero de 2012; y
- \$2,000,000 a partir del 1 de enero de 2013.

A partir del 1 de enero de 2014, ya no se aplicará el
monto máximo anual total.

A raíz de que el Plan ha impuesto un monto límite
anual sobre el monto total de los beneficios pagados
por persona, los máximos anuales específicos ya no se apli-
carán a determinados servicios cubiertos clasificados como
beneficios básicos de salud en la Ley de Cuidados de Salud
a Bajo Precio.

Por lo tanto, a partir del 1 de abril de 2011, los siguientes
servicios cubiertos ya no tienen un límite máximo
anual específico:

- **Terapia del habla para niños** – se elimina el máximo
anual de \$2,500; y

- **Medicamentos para el abandono del tabaco en el
marco del Programa de Estímulos para el Bienestar** – en lugar de aplicar el límite anual de \$500, se brindan
dos cursos de tratamiento de doce semanas consecutivas
por año calendario.

No obstante, para cumplir con las restricciones a los límites
anuales de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, el Plan
considera que los servicios médicos cubiertos que se de-
tallan a continuación no son *beneficios básicos de salud*,
y, por lo tanto, los límites existentes seguirán vigentes.

- **Servicios de educadores de diabetes certificados**
(máximo de \$200 por año calendario);
- **Servicios de dietistas matriculados** (máximo de \$200
por año calendario).

A partir del 1 de abril de 2011, en virtud de la Ley de
Cuidado de Salud a Bajo Precio, se implementarán impor-
tantes cambios en las cinco áreas de beneficios de cuidados
de salud que se detallan a continuación:

- **Montos límites de por vida** para Beneficios Médicos
Mayores Completos;
- **Montos límites anuales para algunos servicios
cubiertos;**
- **Servicios de cuidados preventivos de salud;**
- **Ceses retroactivos de cobertura; y**
- **Apelación.**

A continuación, describimos de qué modo estas modifica-
ciones afectan sus beneficios en cada una de dichas áreas.

Beneficios Médicos Mayores Completos

Se elimina el beneficio máximo de por vida

A partir del 1 de abril de 2011, se elimina el beneficio
máximo de por vida de \$1,000,000 de su Plan.

Montos límites anuales

A pesar de la eliminación del beneficio máximo de por vida
del Plan, la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio permite
que el Plan aplique un monto límite general sobre el monto
total de beneficios pagados cada año por los servicios cu-
biertos. Para ayudarlo a preservar el acceso a su cobertura
existente, a partir del 1 de abril de 2011, el Plan aplicará
un máximo anual de \$1,000,000 por persona sobre
todos los Beneficios Médicos Mayores Completos.

Esta notificación constituye un Resumen de las Modificaciones a los Materiales (SMM, por sus siglas en
inglés) en conformidad con la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974,
y sus enmiendas, y describe las últimas decisiones tomadas por el Consejo de Fideicomisarios
de UNITE HERE HEALTH, antes denominado Fondo de Bienestar H.E.R.E.I.U.
Lea atentamente esta información y guárdela con su Descripción Resumida del Plan
(SDP, por sus siglas en inglés) para referencia futura.
Fuera de las modificaciones que se describen en este SMM, la información que figura en
su Descripción Resumida del Plan, y las modificaciones anteriores continúan vigentes.

Toda la información sobre
la Reforma al Sistema de Salud
y otros temas
Delaware North Companies –
Travel Hospitality Services
Base Plan 174

