

Dental

Your dental benefits are changing

This change only applies if you are enrolled in the free family combined dental and vision benefits.

If your CBA requires your employer to contribute for the Plan 176D free family combined dental and vision benefits, effective January 1, 2017, your dental benefits are changing. Your dental benefits will now be provided through a dental health maintenance organization (DHMO) benefit offered by Cigna.

Cigna Dental Care HMO

toll free: (800) 244-6224

www.mycigna.com

(you have to register for an account)

This SMM summarizes your new Cigna dental benefits. However, if there is any conflict between this SMM and/or your SPD, and the contract between UNITE HERE HEALTH and Cigna, the terms of the contract govern.

Depending on the state governing your dental benefits, there may be a few differences between this summary of your benefits and how your dental benefits actually work. For example, who your dependent is for dental benefits, how Cigna must pay claims, and the types of benefits that are covered may be slightly different from state to state. (Cigna's rules would only apply to your Cigna dental benefits—not to other benefits provided under the Plan.) If you have any questions about how your dental benefits work, please contact Cigna.

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.

Updates to Your Benefits



Food Service Plan

UNITE HERE
HEALTH

(855) 321-4373

www.uhh.org

711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

Get answers
to all your
questions:
(855) 321-4373



Food Service Plan

UNITE HERE
HEALTH

www.uhh.org
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

Dental *(continued)*

Using your DHMO benefits

Your dental benefits are provided through a DHMO, you must follow certain rules in order to get dental benefits. If you don't follow these rules, you may have to pay the entire cost of the dental care yourself. If you have any questions about how to use your dental benefits, please contact Cigna at (800) 244-6224. Here are the rules you must follow:

- You must pick a primary dentist who is in the Cigna Dental Care HMO network. Your primary dentist provides your dental care and refers you to specialists, if necessary. You don't need a referral to see a network orthodontist.
- Except in emergencies, you must use a network dentist. If you don't use a network dentist, you will have to pay the full cost of your dental care.
 - If you have an emergency, such as excessive bleeding, acute infection or severe pain, try to reach your primary dentist. Your primary dentist should handle any emergency within 24 hours. If you are outside the Cigna service area, or you cannot reach your primary dentist, you can go to any dentist to get treatment. You can then file a claim with Cigna. Cigna will pay you back for up to \$50 for your treatment for immediate relief of the emergency. You will still be responsible for: any copays for your care; charges in excess of the \$50 maximum reimbursement, or any charges that Cigna does not cover. Once you have immediate relief for the emergency, you should see your primary dentist for any follow-up treatment.
- You can always get a second opinion regarding proposed dental care. Just contact Cigna to get a referral to another dentist.
- DHMO benefits are available only in the Cigna Dental Care HMO service area. This means that you and any dependents (such as adult children attending college or who no longer live with you) cannot receive DHMO benefits outside the service area.
- Certain state laws will govern how Cigna pays your benefits. Your dental benefits and who is considered your dependent for dental benefits may be slightly different than described in this SPD.
- Cigna will not usually coordinate dental benefits if you have coverage under another dental plan, or if you and your spouse are both covered under Cigna as employees.

Dental *(continued)*

Your primary dentist under the DHMO

You must pick a primary dentist, and use your primary dentist, for your dental care. If you need specialist care, your primary dentist will refer you for specialist care. You must have this referral in order to get benefits for specialist care.

You can pick any dentist in the Cigna DHMO network who is taking new patients. You do not have to pick the same primary dentist as your dependents. You and your spouse can use one primary dentist while your children use another dentist.

Children under age 7 can use a pediatric dentist as the primary dentist. After a child turns 7, he or she can only see a pediatric dentist with a referral from a primary dentist who is not a pediatric dentist.

You can change your primary dentist any time you want, and as often as you want. However, you must wait to see your new primary dentist until Cigna has processed your request to change primary dentists. Cigna can tell you whether your change in primary dentists has been made.

You can log on to www.mycigna.com, or contact Cigna at (800) 244-6224 to choose a primary dentist or to change a primary dentist.

What you pay under the DHMO

You pay any required copay for your dental care. The booklet titled “Patient Charge Schedule” lists your copays. Cigna will send you a copy of this booklet when it sends you more information after you become eligible for these benefits. If you need another copy of this booklet, contact UNITE HERE HEALTH or Cigna. Some types of routine dental care, such as standard exams and x-rays, have no copays. You also pay for any dental care that Cigna does not consider a covered expense (see the list of what’s covered below), including any dental care you get more frequently than allowed.

What’s covered under the DHMO

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

**Get answers
to all your
questions:
(855) 321-4373**



Food Service Plan

**UNITE HERE
HEALTH**

www.uhh.org
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

Get answers
to all your
questions:
(855) 321-4373



Food Service Plan

UNITE HERE
HEALTH

www.uhh.org
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

Dental *(continued)*

There are limits on how often certain services and supplies are covered. If the amount of time shown below has not passed since the service or supply was last provided, you may have to pay 100% of the cost. You can always contact Cigna 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.

- **Diagnostic and preventive services and procedures** to evaluate existing conditions and/or to prevent dental abnormalities or disease, including exams and cleanings.
 - Oral exams, limited to four every 12 months.
 - Routine cleanings (prophylaxis), limited to two every year. Additional, medically necessary visits may be permitted under certain circumstances. A copay will usually apply to any additional visits.
 - Full mouth (panoramic) x-rays, limited to one set every three years.
 - Intraoral x-rays (complete series), limited to one set every three years.
 - Cone beam CT capture, limited to once every year, and only covered in connection with temporomandibular joint (TMJ) evaluation.
 - Topical application of fluoride, limited to two times every year.
 - Sealants.
 - Space maintainers.
- **Emergency palliative care**, including treatment to temporarily relieve pain and discomfort.
- **Diagnostic x-rays** to diagnose a specific condition.
- **Restorative services**, including amalgam and resin-based fillings and polishing.
- **Crowns and bridges**, including inlays, onlays, crowns, core buildups, pin retention, pontics, and recementation. Replacement of crowns and bridges are limited to one every five years.
- **Endodontic services and procedures** to treat teeth with diseased or damaged nerves, including pulp caps, pulpotomies, root canals, apicoectomy or periapical surgery and retrograde filling.
- **Periodontic services** to treat diseases of the gums and supporting structures of the teeth, including gingivectomy or gingivoplasty, clinical crown lengthening, osseous surgery, bone replacement graft, and soft tissue graft.
 - Periodontal scaling and root planing is limited to four quadrants every 12 months.
 - Periodontal maintenance is limited to four per year, and only after active periodontal therapy.

Dental *(continued)*

- Full mouth debridement is limited to once per lifetime.
- Periodontal regenerative procedures are limited to once per site (or tooth).
- Localized delivery of antimicrobial agents is limited to 8 teeth (or sites) every 12 months.
- **Prosthetics** (removable tooth replacements, including implants and abutments) and repairs (relining and rebasing).
 - Adjustments to prosthetics will be covered up to four times during the first six months after insertion.
 - Replacement prosthetics, including crowns, bridges, and implant-supported dentures, are limited to once every five years.
 - Denture relining is limited to once every 36 months.
- **Oral surgery**, extractions and other surgical procedures, including pre-operative and postoperative care, and general anesthesia. No coverage is provided if you are under age 15 (unless disease exists).
 - Occlusal orthotic devices or guards are limited to one set every 24 months, and are only covered in connection with TMJ treatment.
 - General anesthesia is covered when done by an oral surgeon for a medically necessary covered expense, and limited to one hour per appointment, including amalgam and resin-based fillings and polishing.
 - I.V. sedation is covered when done by an oral surgeon or periodontist for a medically necessary covered expense, and limited to one hour per appointment.
- **Orthodontic treatment**, limited to 24 months of treatment. Each month of active treatment is a separate service and has a separate copay.

Cigna's patient charge schedule and certificates of coverage contain more specific information about what is covered.

What's not covered under the Cigna DHMO

Unless required by state law, the following types of treatments, services, and supplies are not covered.

- Services or supplies provided by a non-network dentist without Cigna's prior approval, except in the case of emergency care received in accordance with Cigna's rules governing emergency care.
- Services or supplies provided by a specialist when such specialist care has not been referred by your primary dentist and approved by Cigna.
- Services or supplies provided by a network dentist who has not been approved by Cigna as your primary dentist, except in the case of emergency care received in accordance with Cigna's rules governing emergency care.

**Get answers
to all your
questions:
(855) 321-4373**



Food Service Plan

**UNITE HERE
HEALTH**

www.uhh.org
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

Get answers
to all your
questions:
(855) 321-4373



Food Service Plan

UNITE HERE
HEALTH

www.uhh.org
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

Dental *(continued)*

- Services not specifically listed as covered under Cigna's patient charge schedule or the terms of Cigna's contract.
- Services or supplies provided more frequently than allowed under Cigna's patient charge schedule or the terms of Cigna's contract.
- For or in connection with an injury arising out of, or in the course of, any employment for wage or profit.
- For charges that would not have been made in any facility, other than a hospital or a correctional institution, owned or operated by the United States government or by a state or municipal government if you had no insurance.
- To the extent that payment is unlawful where you are living when the expenses are incurred or the services are received.
- For charges that you (or your dependents) are not legally required to pay.
- For charges that would not have been made if you had no insurance.
- For or in connection with self-inflicted injury.
- Services related to any injury or illness paid under worker's compensation, occupational disease, or similar law.
- Services provided or paid by or through a Federal or state governmental agency or authority, political subdivision, or a public program, other than Medicaid.
- Services required while serving in the armed forces of any country or international authority or relating to a declared or undeclared war or acts of war.
- Cosmetic dentistry or cosmetic dental surgery (as defined by Cigna), unless specifically listed as covered under Cigna's patient charge schedule.
- General anesthesia, sedation and nitrous oxide, unless medically necessary and in connection with covered services performed by an oral surgeon or periodontist. Cigna does not cover general anesthesia or I.V. sedation for anxiety control or patient management.
- Prescription drugs.
- Procedures, appliances, or restorations, if the main purpose is to change a vertical dimension (degree of separation of the jaw when teeth are in contact), or restore teeth that have been damaged by attrition, abrasion, erosion, and/or abfraction.
- Replacement of fixed and/or removable appliances (including fixed and removable orthodontic appliances) that have been lost, stolen, or damaged due to patient abuse, misuse, or neglect.

Dental *(continued)*

- Surgical placement of a dental implant; repair, maintenance, or removal of a dental implant; implant abutment(s) or any services related to the surgical placement of a dental implant, unless specifically listed on the patient charge schedule.
- Services considered to be unnecessary or experimental in nature, or that do not meet commonly accepted dental standards.
- Procedures or appliances for minor tooth guidance or to control harmful habits.
- Hospitalization, including any associated incremental charges for dental services performed in a hospital, except that benefits are payable for network general dentist charges for covered services performed at a hospital (other associated charges are not covered).
- Services to the extent that you are covered under any group medical plan, unless required under state law.
- The completion of crowns, bridges, dentures, or root canal treatment already in progress when you become eligible for dental benefits.
- The completion of implant-supported prosthesis, including crowns, bridges, and dentures, already in progress when you become eligible for dental benefits, unless specifically listed as covered under the patient charge schedule.
- Bone grafting and/or guided tissue regeneration when performed at the site of a tooth extraction, unless specifically listed as covered under the patient charge schedule.
- Bone grafting and/or guided tissue regeneration when performed in conjunction with an apicoectomy or periapical surgery.
- Intentional root canal treatment in the absence of injury or disease solely to facilitate a restorative procedure.
- Services performed by a prosthodontist.
- Localized delivery of antimicrobial agents when performed alone or in the absence of traditional periodontal therapy.
- Any localized delivery of antimicrobial agent procedures when more than 8 of these procedures are reported on the same date of service.
- Infection control and/or sterilization.
- The recementation of any inlay, onlay, crown, post and core, or fixed bridge within 180 days of initial placement.
- Services to correct congenital malformations, including the replacement of congenitally missing teeth.

**Get answers
to all your
questions:
(855) 321-4373**



Food Service Plan

**UNITE HERE
HEALTH**

www.uhh.org
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

Get answers
to all your
questions:
(855) 321-4373



Food Service Plan

UNITE HERE
HEALTH

www.uhh.org
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

Dental *(continued)*

- Crowns, bridges, and/or implant-supported prosthesis used solely for splinting.
- Resin-bonded retainers and associated pontics.
- Services or supplies for anyone not considered a dependent under the terms of the Cigna contract.
- Treatment already in progress when you become covered under the dental benefits.
- Any other service or supply not covered under the terms of the UNITE HERE HEALTH and Cigna contract.

Filing a dental claim under the DHMO

Generally you do not need to file a claim for dental care. Cigna providers will file the claim on your behalf. No benefits are generally available if you use a non-network dentist, except in an emergency. If you do need to file a claim for dental care, you can get a claim form from Cigna by calling (800) 244-6224 or visiting www.mycigna.com. You will need to provide all information Cigna needs to process the claim.

Mail your claims to:

Cigna

P.O. Box 188037

Chattanooga, TN 37422-8037

Contact Cigna or refer to your Cigna plan booklet/certificate of coverage for more information about how to file a claim, the claim processing rules, time limits, and appeal procedures. Contact Cigna if you need a plan booklet/certificate of coverage, if you need help filing a claim or appeal, or if you have questions about the dental claim and appeal process.

When you have questions about getting prior authorization, or if you need help filing a claim or appeal, call UNITE HERE HEALTH.

Your SPD and the Cigna plan booklet/certificate of coverage

Those parts of your Summary Plan Description (SPD) that govern coordination of benefits, subrogation, general exclusions and limitations, claim filing and appeal provisions, and definitions do not apply to the DHMO benefits provided under the contract with Cigna. Instead, the Cigna plan booklet/certificate of coverage apply to those topics. The rest of your SPD still applies to the Cigna DHMO benefit.

Vision

Important information about your vision benefits

This SMM only applies if you are enrolled in the free family combined dental and vision benefits.

If you are enrolled in the free family combined dental and vision benefits, effective January 1, 2017, your vision benefits will be provided through a fully insured vision contract offered by Davis Vision.

This SMM summarizes your Davis vision benefits; however, if there is any conflict between this SMM and/or your SPD, and the contract between UNITE HERE HEALTH and Davis vision, the terms of the contract govern.

Depending on the state governing your vision benefits, there may be a few differences between this summary of your benefits and how your vision benefits actually work. For example, who your dependent is for vision benefits and how Davis Vision must pay claims may be slightly different from state to state. (Davis Vision’s rules would only apply to your Davis Vision benefits—not to other benefits provided under the Plan.) If you have any questions about how your vision benefits work, please contact Davis Vision.

Davis Vision
toll free: (800) 999-5431
www.davisvision.com
(you have to register for an account)

What you pay under your vision benefit isn’t changing		
Service/Supply	In-network	Non-network
Routine Eye Exam	\$0	\$0 Plan benefits are limited to \$30
Lenses	\$0	\$0 Plan benefits are limited to \$175
Frames	\$0 for Davis Collection Fashion or Designer level frames \$25 copay for Premier level frames \$0 for non-Davis Collection frames Plan benefits are limited to \$150 (you get a 15% discount for any amounts over \$150)	
Contacts (instead of glasses)	\$0 for Davis Collection contacts \$0 for non-Davis Collection contacts Plan benefits limited to \$120 (you get a 15% discount for any amounts over \$120)	\$0 Plan benefits are limited to \$175

Get answers to all your questions:
(855) 321-4373



Food Service Plan



www.uhh.org
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

**Get answers
to all your
questions:
(855) 321-4373**



Food Service Plan

**UNITE HERE
HEALTH**

www.uhh.org
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

Vision *(continued)*

What's covered under your vision benefit

Your covered expenses under the Davis Vision benefit include:

- Examination, consultation or treatment by a licensed vision care professional. This includes low-vision services if you get prior approval from Davis Vision. Limits apply to low-vision services.
- Lenses, including single vision, bifocal lenses, trifocal lenses, or lenticular lenses.
- Frames.
- Contact lenses, including separate exams and fittings.

Although the Plan will not pay for any upgrades or options, if you use a network provider, you can get certain upgrades or options for a set fee. Common lens options include but are not limited to anti-reflective coatings, polycarbonate lenses for adults, and photochromic lenses. Standard scratch resistant coatings and polycarbonate lenses (for children only) are available with no copay to you.

You can also get discounts on laser eye surgery. (The Plan does not pay benefits for laser eye surgery.)

Get your questions about upgrades and options answered by contacting Davis, or by asking your network provider. Your cost for an upgrade or other discount depends on which services or supplies you pick.

What's not covered under your vision benefit

No Vision Care Benefits will be provided for:

- Non-prescription lenses.
- Two pairs of glasses instead of bifocals.
- Any type of lenses, frames, services, supplies, or options that are not covered under the Davis Vision contract.
- Orthoptics or vision training or any associated supplemental testing.
- Low-vision services or supplies that are not pre-approved, or that are more than the maximum benefits or frequency limits specified in the contract with Davis Vision.

Vision *(continued)*

- Replacement of lost, stolen, or broken contacts, lenses, or frames.
- Frames/lenses in addition to contact lenses during the same benefit period.
- Eye examinations required by an employer as a condition of employment.
- Services or materials provided in connection with special procedures such as orthoptics and visual training (including but not limited to “Corneal Refractive Therapy” (“CRT), or “orthokeratology”), or in connection with medical or surgical treatment (including laser vision correction).
- Materials which do not correct vision.
- Sickness or injury covered by a workers’ compensation act or other similar legislation.
- Incurred as a direct or indirect result of war (declared or undeclared).
- Incurred as a result of an intentionally self-inflicted injury or injury sustained while committing a crime.
- Services or supplies furnished before your coverage begins, or after your coverage ends.
- Any medical treatment you get outside the United States or Canada.
- Services rendered by practitioners who do not meet Davis Vision’s definition of provider.
- Expenses covered by any other group insurance.
- Expenses covered by a health maintenance organization or hospital or medical services prepayment plan available through an employer, union or association.
- Any expenses covered by any union welfare plan or governmental program or a plan required by law.
- Comprehensive low-vision evaluations, subsequent follow-up visits following such evaluation or low-vision aids for which Davis Vision did not give prior approval.
- Medically necessary contact lenses for which Davis Vision did not give prior approval.
- Refraction-only claims.

**Get answers
to all your
questions:
(855) 321-4373**



Food Service Plan

**UNITE HERE
HEALTH**

www.uhh.org
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

Get answers
to all your
questions:
(855) 321-4373



Food Service Plan

UNITE HERE
HEALTH

www.uhh.org
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

Vision (continued)

Filing a Claim

If you use a Davis Vision provider, there is no need for a claim form. Just make your appointment, and your provider will verify your eligibility and benefits and handle the rest.

If you use a non-network provider, you will usually have to pay the provider's charges when you get the vision care or supplies. You must then file a claim form with Davis Vision to get paid back for your vision care.

If you need to file a claim for vision care, you can get a claim form from Davis Vision by calling (800) 999-5431 or visiting www.davisvision.com

Notice of a claim must be filed within 20 days of the date the claim was incurred, or as soon as reasonably possible proof of loss must be provided within 90 days or as soon as reasonably possible after the date the claim was incurred.

The claim processing rules, time limits, and appeal procedures Davis

Vision must follow are described in the Davis Vision contract. Generally, if a claim is denied, you must request a review within 180 days of the denial. Davis Vision will respond to your appeal no later than 60 days after getting your request for a review (120 days if there are special circumstances that require more time). If you need help filling a claim or appeal, or have questions about how Davis Vision's claim and appeal process works, contact Davis Vision.

Mail your claims to:

Davis Vision
Vision Care Processing Unit
P.O. Box 1525
Latham, NY 12110
(800) 999-5431

Davis Vision Benefits and Your SPD

The parts of your SPD that govern coordination of benefits and subrogation do not apply to your Davis Vision benefits. (These do not apply to your vision benefits.) The exclusions and limitations and claim filing and appeal provisions described in the SMM apply instead of the sections in your SPD. Call Davis Vision if you need more information about any of Davis Vision's rules governing your vision benefits, or if you need help filing a claim.

Vision *(continued)*

Changes to your \$200 vision care benefit

This change only applies if you are enrolled in the 24-month indemnity vision plan. Contact us if you are not sure which vision plan you have.

If you are under age 19, the \$200 vision maximum benefit will not apply to your vision exams and eyeglass lenses. However, the \$200 maximum benefit **will** apply to all your other covered vision care—including but not limited to your frames, contact lenses, and eyeglass lens options.

If you are age 19 or older, the \$200 vision maximum benefit continues to apply to all your covered vision care services and supplies.

The Plan will cover one vision exam every 12 months, and one set of eyeglass lenses every 12 months. These new limits apply to everyone, no matter what age you are.

Vision benefits are payable every 24 months, beginning on the first day of the month in which you first get vision care services. Your 12-month benefit period for one vision exam and one set of eyeglass will begin with the first day of your 24-month benefit period.

**Get answers
to all your
questions:
(855) 321-4373**



Food Service Plan

UNITE HERE
HEALTH

www.uhh.org
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

**Get answers
to all your
questions:
(855) 321-4373**



Food Service Plan

**UNITE HERE
HEALTH**

www.uhh.org
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

General

Change in rules for proving a person is your dependent

The rules for proving someone is your dependent are changing effective as of January 1, 2017.

- Currently, notarized copies of your most recent tax returns are one of the types of documents that may be provided as proof that someone is your dependent. However, as of January 1, 2017, copies of your tax returns do not have to be notarized in order to prove that someone is your dependent. A copy of your most recent tax returns is acceptable.
- As of January 1, 2017, certificates of creditable coverage, which show the dates you and your dependents were covered under another plan, will not be accepted as proof that someone is your dependent. You can still use a certificate of creditable coverage to show that you or a dependent has a special enrollment right.

As of January 1, 2017, only one parent's name must be on the documents you provide to the Fund to show that a child is your dependent. However, if your name is not the parent's name listed on the proof document, you must be able to show your relationship to the child (for instance, the child's listed parent is your spouse). For example, if your child's birth certificate names your spouse as the child's parent, but not you, you must also provide proof that you are married to your spouse in order to prove your relationship to the child.

Contact UNITE HERE HEALTH if you need help enrolling a dependent.

General *(continued)*

General Plan exclusion added

Effective October 1, 2016

The following general Plan exclusion is added: A service or item that is not covered under the Plan's claims processing guidelines or any other internal rule, guideline, protocol or similar criterion that the Plan relies upon.

Internal appeal exception

In certain situations, if the Plan fails to follow its claims procedures, you are deemed to have exhausted the Plan's internal appeals process and may immediately seek an independent external review or pursue legal action under Section 502(a) of ERISA. Please note this exception does not apply if the Plan's failure is de minimis; non-prejudicial; based on good cause or matters beyond the Plan's control; part of a good faith exchange of information between you and the Plan; and not reflective of a pattern or practice of plan non-compliance.

If you believe the Plan violated its own internal procedures, you may ask the Plan for a written explanation of the violation. The Plan will provide you with an answer within ten (10) days.

To use this exception, you must request external review or commence a legal action no later than 180 days after receipt of the initial adverse determination. If the court or external reviewer rejects your request for immediate review, the Plan will notify you (within 10 days) of your right to pursue internal appeal. The applicable time limit for you to now file your internal appeal will begin to run when you receive that notice from the Plan.

**Get answers
to all your
questions:
(855) 321-4373**



Food Service Plan

**UNITE HERE
HEALTH**

www.uhh.org
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

Dental

Hay cambios en sus beneficios dentales

Este cambio únicamente se aplica si usted está inscrito en los beneficios familiares combinados dentales y de visión gratuitos.

Si su CBA requiere que su empleador contribuya para el Plan 176D de beneficios de visión familiares combinados gratuitos, entrando en vigor el 1 de enero de 2017, sus beneficios dentales cambiarán. Sus beneficios dentales ahora serán proporcionados a través de una organización de mantenimiento de salud dental (DHMO) beneficio ofrecido por Cigna.

Cigna Dental Care HMO

nº gratuito: (800) 244-6224

www.mycigna.com

(debe registrarse para obtener una cuenta)

En este SMM se resumen sus nuevos beneficios dentales de Cigna. No obstante, si hay algún conflicto entre este SMM y/o su SPD, y el contrato entre UNITE HERE HEALTH y Cigna, los términos del contrato son los que gobiernan.

Dependiendo del estado que gobierne sus beneficios dentales, puede haber algunas diferencias entre este resumen de beneficios y cómo realmente funcionan sus beneficios dentales. Por ejemplo, quien es su dependiente para beneficios dentales, cómo debe pagar Cigna las reclamaciones y los tipos de beneficios que tienen cobertura, pueden ser ligeramente diferentes de un estado a otro. (Las reglas de Cigna solo se aplican a sus beneficios dentales de Cigna, no a otros beneficios que proporciona el Plan). Si tiene alguna pregunta acerca de cómo funcionan sus beneficios dentales, por favor comuníquese con Cigna.

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.

Cambios a Sus Beneficios



Food Service Plan

UNITE HERE
HEALTH

(855) 321-4373

www.uhh.org

711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(855) 321-4373**



Food Service Plan

**UNITE HERE
HEALTH**

www.uhh.org

711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

Dental (continuación)

Cómo usar sus beneficios DHMO

Los beneficios dentales se le proporcionan por medio de una DHMO. Debe seguir algunas reglas para obtener los beneficios dentales. Si no cumple con las reglas, es posible que usted mismo tenga que cubrir el total del costo dental. Si tiene preguntas acerca de cómo usar sus beneficios dentales, llame a Cigna al (800) 244-6224. A continuación se encuentran las reglas que debe cumplir:

- Debe elegir a un dentista primario que se encuentre dentro de la red HMO de atención dental de Cigna. Su dentista primario proporciona su atención dental y lo refiere a especialistas, si es necesario. No necesitará una referencia para consultar un ortodoncista dentro de la red.
- Excepto en emergencias, deberá usar los servicios de un dentista que esté dentro de la red. Si no elige a un dentista dentro de la red, deberá cubrir usted mismo el costo total de su atención dental.
 - Si tiene una emergencia, por ejemplo, sangrado excesivo, una infección aguda o dolor severo, intente localizar a su dentista primario. Su dentista primario debe encargarse de cualquier emergencia en el transcurso de 24 horas. Si se encuentra fuera del área de servicio de Cigna, o no puede localizar a su dentista primario, puede acudir con cualquier dentista para el tratamiento. Después puede presentar un reclamo a Cigna. Cigna le reembolsará un máximo de \$50 por el tratamiento como ayuda inmediata por la emergencia. Usted aún será responsable de cualquier copago por el tratamiento; de cargos que sobrepasen el reembolso máximo de \$50, o de cualquier cargo para el que Cigna no tiene cobertura. Una vez reciba la ayuda inmediata de emergencia, deberá visitar a su dentista primario para cualquier tratamiento de seguimiento.
- Siempre puede pedir una segunda opinión con respecto a la atención dental propuesta. Únicamente debe contactar a Cigna para obtener una referencia para otro dentista.
- Los beneficios DHMO están disponibles únicamente en el área de servicio de Cigna Dental Care HMO. Esto significa que usted y sus dependientes (por ejemplo, hijos adultos que asisten a la universidad o que ya no viven con usted) no pueden recibir beneficios DHMO afuera del área de servicio.
- Algunas leyes estatales regirán la forma en que Cigna paga sus beneficios. Sus beneficios dentales y a quién se considera su dependiente para beneficios dentales, pueden ser un tanto diferentes de lo descrito en este SPD.
- Cigna, por lo general, no coordinará los beneficios dentales si usted tiene cobertura bajo otro plan dental, o si usted y su cónyuge ambos tienen cobertura bajo Cigna como empleados.

Dental (continuación)

Su dentista primario bajo el DHMO

Usted debe elegir un dentista primario y usar los servicios de su dentista primario para obtener su atención dental. Si necesita atención de un especialista, su dentista primario le referirá con dicho especialista. La referencia es obligatoria para recibir los beneficios de atención del especialista.

Puede elegir cualquier dentista dentro de la red DHMO de Cigna que esté recibiendo nuevos pacientes. No es obligatorio que elija al mismo dentista primario para sus dependientes. Usted y su cónyuge pueden usar los servicios de un dentista primario, y sus hijos pueden usar los servicios de otro.

Los menores de 7 años pueden usar los servicios de un dentista pediátrico como su dentista primario. Después de que un niño cumple 7 años, puede ser atendido por un dentista pediátrico cuando un dentista primario que no sea dentista pediátrico lo refiera.

Puede cambiar de dentista primario en cualquier momento y con la frecuencia que desee. No obstante, debe esperar para consultar al dentista primario hasta que Cigna haya procesado su solicitud de cambio de dentista primario. Cigna puede indicarle si ya se hizo su cambio de dentista primario.

Puede dirigirse a www.mycigna.com, o contactar a Cigna al (800) 244-6224 para elegir un dentista primario o para cambiar de dentista primario.

Qué es lo que usted debe pagar bajo el DHMO

Usted debe pagar cualquier copago requerido para su atención dental. El folleto titulado “Programa de cargos del paciente” tiene un listado de sus copagos. Cigna le enviará una copia de este folleto cuando le envíe más información después de que comience su elegibilidad para estos beneficios. Si necesita otra copia del folleto, comuníquese con UNITE HERE HEALTH o con Cigna. Algunos tipos de atención dental rutinaria, por ejemplo, exámenes estándar y radiografías, no tienen copagos. Usted también paga por cualquier atención dental que Cigna no considere como gasto con cobertura (consulte la lista de lo que sí tiene cobertura, a continuación), incluyendo cualquier atención dental que obtenga con más frecuencia de lo permitido.

Que está cubierto bajo el DHMO

Gastos cubiertos son todos los cargos permitidos de un dentista para el tipo de servicios y suministros en el listado a continuación. Para ser considerado gasto con cobertura, Cigna debe determinar que el servicio o suministro se basó en una necesidad dental válida y fue proporcionado de acuerdo con las normas aceptadas de la práctica dental.

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(855) 321-4373**



Food Service Plan

**UNITE HERE
HEALTH**

www.uhh.org
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(855) 321-4373



Food Service Plan

UNITE HERE
HEALTH

www.uhh.org
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

Dental (continuación)

Hay límites en la cobertura según la frecuencia de los servicios y suministros. Si no ha transcurrido la cantidad de tiempo que se indica abajo desde la última vez que le proporcionaron el servicio o suministro, es posible que tenga que cubrir usted mismo el 100% del costo. Siempre puede comunicarse con Cigna para averiguar cuál fue la última fecha en que usted obtuvo beneficios para determinado servicio o suministro. El tiempo límite comienza en la última fecha en que usted obtuvo el servicio o suministro. Los límites se miden en meses o años consecutivos.

- **Servicios y procedimientos diagnósticos y preventivos** para evaluar condiciones existentes y/o para prevenir anormalidades o enfermedades dentales, incluyendo exámenes y limpiezas.
 - Exámenes orales, limitados a cuatro cada 12 meses.
 - Limpiezas rutinarias (profilaxis), limitadas a dos cada año. Bajo circunstancias especiales, es posible que se permitan visitas adicionales, médicamente necesarias. Usualmente se aplicará un copago a cualquier visita adicional.
 - Radiografías de la boca completa (panorámica), limitada a un conjunto cada tres años.
 - Radiografías intraorales (serie completa), limitado a un conjunto cada tres años.
 - Tomografía computarizada por rayo cónico (Cone Beam CT), limitada a una vez cada año, y solo tiene cobertura si se relaciona con una evaluación de la articulación temporomandibular (ATM)
 - Aplicación tópica de flúor, limitado a dos veces cada año.
 - Selladores.
 - Retenedores de espacio.
- **Atención paliativa de emergencia**, incluyendo tratamiento temporal para el alivio del dolor y la incomodidad.
- **Radiografías de diagnóstico** para diagnosticar una condición específica.
- **Servicios de restauración**, incluyendo rellenos de amalgama y resina y pulido.
- **Coronas y puentes**, incluyendo incrustaciones, recubrimientos, coronas, reconstrucción de muñones, retención con tornillos, puentes y recementación. El reemplazo de coronas y puentes se limitan a uno cada cinco años.
- **Servicios y procedimientos de endodoncia** para tratamiento de dientes con el nervio dañado, incluyendo recubrimiento pulpar, pulpotomía, endodoncia (root canal), apicoectomía o cirugía periradicular o relleno retrógrado.

Dental (continuación)

- **Servicios periodónticos** para tratamiento de enfermedades de las encías y estructuras de soporte para los dientes, incluyendo gingivectomía o gigivoplastia, agrandamiento clínico de corona, cirugía ósea, injerto de sustitución ósea, e injerto de tejido blando.
 - Raspado periodontal y alisado radicular, limitado a cuatro cuadrantes cada 12 meses.
 - Mantenimiento periodontal limitado a cuatro por año y únicamente después de terapia periodontal activa.
 - El desbridamiento total de la boca está limitado a una vez durante toda la vida.
 - Los procedimientos regenerativos periodontales están limitados a una vez por lugar (o diente).
 - La colocación localizada de agentes antimicrobianos está limitada a 8 dientes (o lugares) cada 12 meses.
- **Prótesis** (sustitución extraíble de dientes, incluyendo implantes y pilares) y reparaciones (reforrado o cambio del material de la base).
 - Los ajustes de prótesis tendrán cobertura hasta cuatro veces durante los primeros seis meses después de la inserción.
 - Las prótesis de reemplazo, incluyendo coronas, puentes y dentaduras sostenidas por implantes, están limitadas a una vez cada cinco años.
 - El reforrado de la base de las dentaduras está limitado a una vez cada 36 meses.
- **Cirugía oral**, extracciones y otros procedimientos quirúrgicos, incluyendo atención pre-operatoria y post-operatoria y anestesia general. No hay cobertura si usted es menor de 15 años (a menos que haya enfermedad).
 - Los dispositivos ortóticos oclusales o resguardos de protección, están limitados a un conjunto cada 24 meses, y únicamente tienen cobertura si están relacionados con un tratamiento de articulación temporomandibular (ATM) (o TMJ, por sus iniciales en inglés).
 - La anestesia general tiene cobertura cuando la practica un cirujano oral y es para un gasto con cobertura médicamente necesario, y está limitada a una hora por cita, incluyendo rellenos con base de resina y amalgama y pulido.
 - La sedación por vía intravenosa está cubierta cuando la practica un cirujano oral o periontodólogo para un gasto con cobertura médicamente necesario, y está limitada a una hora por cita.

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(855) 321-4373**



Food Service Plan

**UNITE HERE
HEALTH**

www.uhh.org
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(855) 321-4373**



Food Service Plan

**UNITE HERE
HEALTH**

www.uhh.org
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

Dental (continuación)

- **Tratamiento de ortodoncia**, limitado a 24 meses de tratamiento. Cada mes de tratamiento activo es un servicio separado y tiene un copago separado.

El programa de cargos del paciente y los certificados de cobertura contienen información más específica acerca de las coberturas.

Que no está cubierto bajo el DHMO de Cigna

A menos que lo exija la ley del estado, las siguientes clases de tratamientos, servicios y suministros no tienen cobertura.

- Servicios o suministros proporcionados por un dentista fuera de la red, sin la aprobación previa de Cigna, excepto en el caso de atención de emergencia recibida de acuerdo con las reglas de Cigna que rigen la atención de emergencia.
- Servicios o suministros proporcionados por un especialista cuando dicha atención del especialista no ha sido por referencia de su dentista primario y aprobada por Cigna.
- Servicios o suministros proporcionados por un dentista dentro de la red sin la aprobación previa de Cigna como su dentista primario, excepto en el caso de atención de emergencia recibida de acuerdo con las reglas de Cigna que rigen la atención de emergencia.
- Servicios no específicamente indicados como cubiertos bajo el programa de cargos del paciente de Cigna o los términos del contrato de Cigna.
- Servicios o suministros proporcionados más frecuentemente de lo permitido según el programa de cargos del paciente de Cigna o los términos del contrato de Cigna.
- Para o en conexión con una lesión que surja de, o durante cualquier empleo o actividad que produzca ganancias.
- Por cargos que no se habrían hecho en cualquier lugar que no sea un hospital o institución correccional, propios u operados por el gobierno de los Estados Unidos o por un gobierno estatal o municipal si usted no tenía seguro.
- Hasta el punto dónde el pago sea ilegal en su lugar de residencia cuando se incurran los gastos o se reciban los servicios.
- Por cargos que usted (o sus dependientes) no deban pagar según la ley.
- Por cargos que no se habrían hecho si usted no tuviera seguro.
- Para o en conexión con lesiones causadas a sí mismo.

Dental (continuación)

- Servicios relacionados con cualquier lesión o enfermedad pagados bajo la Ley de Compensación al Trabajador, Ley de Enfermedades Ocupacionales o ley similar.
- Servicios proporcionados o pagados por o mediante una agencia o autoridad gubernamental federal o estatal, subdivisión política o programa público, que no sea Medicaid.
- Servicios requeridos mientras sirve a las fuerzas armadas de cualquier país o autoridad internacional o en relación con una guerra declarada o no declarada o actos de guerra.
- Ondontología cosmética o cirugía dental cosmética (según la definición de Cigna), a menos que figuren específicamente en el listado bajo el programa de cargos del paciente de Cigna.
- Anestesia general, sedación y óxido nitroso, a menos que sea médicamente necesario y en conexión con servicios cubiertos practicados por un cirujano oral o periodontólogo. Cigna no cubre anestesia general o sedación intravenosa para el control de la ansiedad o manejo del paciente.
- Medicamentos recetados
- Procedimientos, aparatos o restauraciones, si el propósito principal es cambiar la dimensión vertical (grado de separación de la mandíbula cuando los dientes están en contacto) o restaurar dientes que han sido dañados por desgaste, abrasión, erosión y/o abfracción.
- Sustitución de aparatos fijos y/o extraíbles (incluyendo aparatos de ortodoncia fijos y extraíbles) que hayan sido perdidos o robados, o dañados por abuso, mal uso o negligencia del paciente.
- Colocación quirúrgica de un implante dental, reparación, mantenimiento extracción de un implante dental; pilar(es) o cualquier servicio relacionado con la colocación quirúrgica de un implante dental, a menos que esté específicamente indicado en listado del programa de cargos del paciente.
- Servicios considerados innecesarios o de naturaleza experimental, o que no cumplen con las normas dentales aceptadas comúnmente.
- Procedimientos o aparatos para guía menor de los dientes o para controlar hábitos dañinos.
- Hospitalización, incluyendo cualquier cargo incremental asociado para servicios dentales llevados a cabo en un hospital, excepto que los beneficios sean pagaderos por los cargos de dentista para servicios con cobertura llevados a cabo en un hospital (otros cargos relacionados no tienen cobertura).

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(855) 321-4373**



Food Service Plan

**UNITE HERE
HEALTH**

www.uhh.org

711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(855) 321-4373**



Food Service Plan

**UNITE HERE
HEALTH**

www.uhh.org
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

Dental (continuación)

- Servicios hasta el punto en donde usted esté cubierto bajo cualquier plan médico de grupo, a menos que lo requiera según una ley estatal.
- La finalización de coronas, puentes, dentaduras o endodoncia (root canal) que ya están comenzados cuando usted se convierte en elegible para beneficios dentales.
- La finalización de prótesis sostenidas por implantes, incluyendo coronas, puentes y dentaduras, que ya están comenzados cuando usted se convierte en elegible para los beneficios dentales, a menos que esté indicado específicamente como cubierto bajo el programa de cargos del paciente.
- Injerto óseo y/o regeneración de tejido guiado cuando lo llevan a cabo en el lugar donde hubo una extracción dental, a menos específicamente indicado como cubierto bajo el programa de cargos del paciente.
- El injerto óseo y/o regeneración de tejido guiado cuando lo llevan a cabo junto con una apicoectomía o cirugía periadicular.
- Tratamiento intencional de endodoncia (root canal) en ausencia de lesión o enfermedad solo para facilitar un procedimiento de restauración.
- Servicios proporcionados por un prostodontólogo.
- Colocación localizada de agentes antimicrobianos cuando los hacen solos o en ausencia de terapia periodontal tradicional.
- Cualquier procedimiento de aplicación localizada de un agente antimicrobiano cuando más de 8 de estos procedimientos se reportan en la misma fecha de servicio.
- Control de infección y/o esterilización.
- La recementación de cualquier incrustación, recubrimiento, corona, tornillos y muñones, o arreglo de puente en el transcurso de 180 días desde la colocación inicial.
- Servicios para corregir malformaciones congénitas, incluyendo la sustitución de dientes faltantes de forma congénita.
- Coronas, puentes, y/o prótesis sostenidas por implantes usados únicamente para ferulizar.
- Soportes unidos con resina y puentes relacionados.
- Servicios o suministros para cualquier persona que no sea considerada como un dependiente bajo los términos del contrato de Cigna.

Dental *(continuación)*

- Tratamiento que ya haya empezado cuando usted adquirió cobertura bajo los beneficios dentales.
- Cualquier otro servicio o suministro que no esté cubierto bajo los términos del contrato de UNITE HERE HEALTH y Cigna.

Cómo presentar un reclamo dental bajo el DHMO

Generalmente usted no tendrá que presentar un reclamo para atención dental. Los proveedores de Cigna presentarán el reclamo por usted. Por lo general, no hay beneficios disponibles cuando usted usa un dentista fuera de la red, excepto cuando se trata de una emergencia. En caso de que usted deba presentar un reclamo por servicios dentales, puede obtener un formulario de reclamo de Cigna, llamando al (800) 244-6224 o en www.mycigna.com. Para que Cigna tramite su reclamo es necesario que proporcione toda la información.

Envíe su reclamación por correo a:

Cigna
P.O. Box 188037
Chattanooga, TN 37422-8037

Comuníquese con Cigna o consulte el certificado/folleto de cobertura del plan de Cigna para obtener más información acerca de cómo presentar un reclamo, las normas para procesar un reclamo, límites de tiempo y procedimientos de apelación. Comuníquese con Cigna si necesita un folleto/certificado de cobertura del plan, si necesita ayuda para presentar un reclamo o apelación o si tiene alguna pregunta acerca del proceso de reclamo dental o apelación.

Cuando tenga preguntas sobre cómo obtener autorización previa, o si necesita ayuda para presentar un reclamo, llame a UNITE HERE HEALTH.

Su SPD y el folleto/certificado de cobertura de Cigna

Las partes de la Descripción Resumida del Plan (conocida como SPD) que rigen la coordinación de beneficios, subrogación, exclusiones generales y limitaciones, presentación de reclamos y provisiones de apelación y definiciones no se aplican a los beneficios de DPPO proporcionados bajo el contrato con Cigna. En lugar de ello, el folleto/certificado de cobertura de Cigna se aplicará para todos esos temas. El resto de su SPD aún se aplica al beneficio DHMO de Cigna.

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(855) 321-4373**



Food Service Plan

**UNITE HERE
HEALTH**

www.uhh.org
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(855) 321-4373**



Food Service Plan

**UNITE HERE
HEALTH**

www.uhh.org
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

Visión

Información importante acerca de sus beneficios de visión

Este Resumen de modificaciones materiales (SMM) únicamente se aplica si usted está inscrito en los beneficios combinados familiares dentales y de visión gratuitos.

Si usted está inscrito en los beneficios combinados familiares dentales y de visión gratuitos, vigentes el 1 de enero de 2017, recibirá los beneficios de visión a través de un contrato de visión de parte de Davis Vision.

Este SMM, resume sus beneficios por parte de Davis Vision, pero, si hay algún conflicto entre este SMM y/o su SPD, y el contrato entre UNITE HERE HEALTH y Davis Vision, los términos del contrato son los que gobiernan.

Dependiendo del estado que gobierne sus beneficios de visión, puede haber algunas diferencias entre este resumen de beneficios y cómo funcionan realmente sus beneficios de visión. Por ejemplo, quién es su dependiente para beneficios de visión y la forma en la que Davis Vision deba pagar las reclamaciones puede ser ligeramente diferente según el Estado. (Las reglas de Davis Vision solo se aplican a sus beneficios de visión con Davis Vision, no a otros beneficios que proporciona el Plan). Si tiene alguna pregunta acerca de cómo funcionan sus beneficios de visión, por favor comuníquese con Davis Vision.

Davis Vision

nº gratuito: (800) 244-6224

www.mycigna.com

(debe registrarse para obtener una cuenta)

Lo que usted debe pagar bajo sus beneficios de visión no tiene

<i>Servicio/ Suministro</i>	<i>Dentro de la red</i>	<i>Fuera de la red</i>
Examen rutinario de la vista	\$0	\$0; Los beneficios del Plan se limitan a \$30
Lentes	\$0	\$0; Los beneficios del Plan se limitan a \$175
Aros	\$0 para los aros de la Colección de Moda de Davis o de Diseñador; \$25 copago para aros Premier; \$0 para aros que no sean de la Colección de Davis; Los beneficios del plan están limitados a \$150 (usted obtiene un 15% de descuento en cualquier cantidad superior a \$150)	
Lentes de contacto (en lugar de anteojos)	\$0 para los lentes de contacto de la Colección de Davis; \$0 para lentes de contacto que no sean de la Colección de Davis; Los beneficios del plan están limitados a \$120 (usted obtiene un 15% de descuento en cualquier cantidad superior a \$120)	\$0; Los beneficios del Plan se limitan a \$175

Visión (continuación)

Qué tiene cobertura bajo sus beneficios de visión

Sus gastos cubiertos bajo el beneficio de visión con Davis incluyen:

- Exámenes, consulta o tratamiento por parte de un profesional de la visión con licencia. Esto incluye servicios de baja visión si usted obtiene autorización previa de Davis Vision. Se aplican límites a los servicios de baja visión.
- Los lentes, incluyendo visión única, lentes bifocales, lentes trifocales o lentes lenticulares.
- Aros
- Lentes de contacto, incluyendo exámenes separados y adaptaciones.

Aún cuando el Plan no paga mejoras u opciones, si usted usa un proveedor dentro de la red, puede obtener algunas mejores u opciones por un cargo establecido. Las opciones de lentes comunes incluyen, pero no se limitan a, capas antirreflejantes, lentes de policarbonato para adultos, y lentes fotocromáticos. Los revestimientos contra rasguños y lentes de policarbonato (únicamente para niños) están disponibles sin copago para usted.

También puede obtener descuentos en cirugía láser para los ojos. (El Plan no paga beneficios para cirugía láser en los ojos).

Obtenga respuesta sobre mejoras y opciones comunicándose con Davis, o preguntando a su proveedor de la red. El costo que usted pague para una mejora o algún descuento depende de los servicios o suministros que usted elija.

Qué es lo que no tiene cobertura bajo sus beneficios de visión

No hay beneficios de visión para:

- Lentes que no sean recetados.
- Dos pares de anteojos en lugar de bifocales.
- Cualquier tipo de lentes, aros, servicios, suministros u opciones que no tengan cobertura bajo el contrato con Davis Vision.
- Ortóptica o entrenamiento de la visión o cualquier examen suplementario relacionado.
- Servicios o suministros de baja visión que no sean preaprobados o que superan los beneficios máximos o límites de frecuencia especificados en el contrato con Davis Vision.

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(855) 321-4373**



Food Service Plan

**UNITE HERE
HEALTH**

www.uhh.org
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(855) 321-4373**



Food Service Plan

**UNITE HERE
HEALTH**

www.uhh.org
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

Visión (continuación)

- Sustitución de lentes de contacto, anteojos o aros perdidos, robados o quebrados.
- Aros/lentes además de lentes de contacto durante el mismo período de beneficios.
- Exámenes de los ojos que exige el empleador como condición de empleo.
- Servicios o materiales proporcionados en relación con procedimientos especiales, como ortóptica y entrenamiento visual (incluyendo pero no limitado a “Terapia Refractiva de la Córnea” (CRT, por sus iniciales en inglés, también llamada Ortoqueratología), o en relación con tratamientos médicos o quirúrgicos (incluyendo corrección de la visión por láser).
- Materiales que no corrigen la visión.
- Enfermedad o lesión cubierta por la Ley de Compensación al Trabajador o legislaciones similares.
- Incurrida como resultado directo o indirecto de una guerra (declarada o no declarada).
- Incurrida como resultado de lastimarse a sí mismo o lesión ocurrida mientras comete un crimen.
- Servicios o suministros proporcionados antes de que comience o después de que termine su cobertura.
- Cualquier tratamiento médico que reciba afuera de los Estados Unidos o Canadá.
- Servicios hechos por practicantes de la profesión que no se encuentren dentro de la definición de proveedor de Davis Vision.
- Gastos cubiertos por cualquier otro seguro de grupo.
- Gastos cubiertos por una organización de salud u hospital o plan de prepago de servicios médicos disponible a través de un empleador, sindicato o asociación.
- Cualquier gasto cubierto por un plan de bienestar del sindicato o programa del gobierno o plan contemplado por la ley.
- Evaluaciones exhaustivas de baja visión, visitas subsiguientes después de dicha evaluación o ayudas para la baja visión para las cuales Davis Vision no dio su previa aprobación.
- Lentes de contacto médicamente necesarios para los cuales Davis Vision no dio su aprobación previa.
- Reclamaciones solo por refracción.

Visión (continuación)

Cómo presentar un reclamo

Si usted utiliza los servicios de un proveedor de Davis Vision, no hay necesidad de formulario de reclamo. Solo haga la cita y el proveedor verificará su elegibilidad y beneficios y se encargará del resto.

Su usted utiliza un proveedor fuera de la red, usualmente deberá pagar por los cargos que haga el proveedor cuando le proporcionen la atención o suministros de visión. Después debe presentar un reclamo a Davis Vision para que le reembolsen lo gastado en atención a la visión.

En caso de que usted deba presentar un reclamo por servicios de visión, puede obtener un formulario de reclamo en Davis Vision, llamando al (800) 999-5431 o en www.davisvision.com

Deberá presentar la notificación de reclamo en el transcurso de 20 días desde la fecha en que se incurrió el reclamo, o tan pronto como sea razonablemente posible, la prueba de pérdida debe presentarse en el transcurso de 90 días o tan pronto como sea razonablemente posible después de la fecha en que se incurrió el reclamo.

Las reglas de procesamiento de reclamos, límites de tiempo y procedimientos de apelación de Davis Vision deben cumplir lo descrito en el contrato con Davis Vision. Por lo general, si se deniega un reclamo, usted deberá solicitar la revisión en el transcurso de 180 días desde que se le denegó. Davis Vision responderá a la apelación en un máximo de 60 días después de recibida su solicitud de revisión (120 días si hay circunstancias especiales que requieran más tiempo). Si necesita ayuda para llenar un reclamo o apelación, o si tiene preguntas sobre cómo funciona el proceso de reclamo o apelación con Davis Vision, por favor comuníquese con Davis Vision.

Beneficios con Davis Vision y su SPD

Las partes de su SPD que rigen la coordinación de beneficios y subrogación no se aplican a sus beneficios con Davis Vision. (Estas no se aplican a sus beneficios de visión) Las exclusiones y limitaciones y las cláusulas para presentación de reclamos y apelación descritas en el SMM son las que se aplican en lugar de las secciones que aparecen en su SPD. Si necesita más información acerca de cualquiera de las reglas de Davis Vision que rigen sus beneficios de visión o si necesita ayuda para presentar un reclamo, llame a Davis Vision.

Envíe su reclamación por correo a:

*Davis Vision
Vision Care Processing Unit
P.O. Box 1525
Latham, NY 12110
(800) 999-5431*

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(855) 321-4373**



Food Service Plan

**UNITE HERE
HEALTH**

www.uhh.org
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(855) 321-4373**



Food Service Plan

**UNITE HERE
HEALTH**

www.uhh.org
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

Visión (continuación)

Cambios en sus beneficio de visión de \$200

Este cambio únicamente se aplica si usted está inscrito en el plan de visión Indemnity de 24 meses. Comuníquese con nosotros si no está seguro de cuál es el plan de visión que usted tiene.

Si es menor de 19 años, el beneficio máximo de visión de \$200 no se aplicará a sus exámenes de visión y lentes para los anteojos. No obstante, el beneficio máximo de \$200 sí se aplicará a todos sus otros gastos de servicios de visión, incluyendo pero sin exclusividad, los aros, los lentes de contacto y las opciones de lentes para anteojos.

Si tiene 19 años o más, el beneficio máximo de \$200 para servicios de visión continúa aplicándose a todos sus servicios y suministros de visión.

El Plan cubrirá un examen de la vista cada 12 meses, y un juego de lentes para los anteojos cada 12 meses. Estos nuevos límites se aplican a todos, sin importar su edad.

Los beneficios de visión son pagaderos cada 24 meses, comenzando el primer día del mes en el cual usted recibe servicios de atención para la visión. Su período de beneficios de 12 meses para un examen de visión y un juego de anteojos comenzará el primer día de su período de beneficios de 24 meses.

General

Cambio en las reglas para comprobar que una persona es su dependiente

Las reglas para comprobar que una persona es su dependiente han cambiado y entrarán en vigor el 1 de enero de 2017.

- Actualmente se proporcionan copias notarizadas de su declaración de impuestos más reciente como uno de los tipos de documentos de prueba de que alguien es su dependiente. No obstante, a partir del 1 de enero de 2017, no es necesario que las copias de sus declaraciones de impuestos vayan notarizadas para comprobar que alguien es su dependiente. Se acepta una copia de su declaración de impuestos más reciente.
- A partir del 1 de enero de 2017, los certificados de cobertura acreditable que muestran las fechas en que usted y sus dependientes tenían cobertura bajo otro plan, ya no se aceptarán como prueba de que alguien es su dependiente. Aún puede usar el certificado de cobertura acreditable para demostrar que usted o un dependiente tiene derecho a una inscripción especial.

A partir del 1 de enero de 2017, solo debe figurar uno de los nombres del progenitor (padre o madre) en los documentos que usted proporcione al Fondo para demostrar que un hijo(a) es su dependiente. No obstante si su nombre no es el nombre que aparece como nombre del padre (o madre) en el documento que sirve de prueba, usted deberá poder comprobar su relación con su hijo(a) (por ejemplo, que el progenitor del niño(a) señalado es su cónyuge). Por ejemplo, si el certificado de nacimiento de su hijo(a) menciona a su cónyuge como el progenitor del niño(a), usted también deberá proporcionar prueba de que está casado con su cónyuge como prueba de su relación con su hijo(a).

Comuníquese con los Coordinadores asistencia de UNITE HERE HEALTH si necesita ayuda para inscribir a un dependiente.

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(855) 321-4373**



Food Service Plan

**UNITE HERE
HEALTH**

www.uhh.org

711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

**Obtenga
respuestas
para todas
sus preguntas:
(855) 321-4373**



Food Service Plan

**UNITE HERE
HEALTH**

www.uhh.org
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504-9919

General (continuación)

Se agregó una exclusión al Plan general

Vigente el 1 de octubre de 2016

Se agregó la exclusión siguiente al Plan general: Un servicio o artículo que no tiene cobertura según las pautas de procesamiento de reclamaciones del Plan o bajo cualquier otra regla interna, pauta, protocolo o criterio similar en los que se basa el Plan.

Excepción a la apelación interna

En determinadas situaciones, si el Plan falla en seguir sus procedimientos de reclamo, se considera que usted ha agotado el proceso de apelación interno del Plan y puede inmediatamente buscar una revisión externa, independiente, o proceder a una acción legal bajo la Sección 502(a) de ERISA. Tome en cuenta que esta excepción no cuenta si la falla del Plan es de minimis; (por cuestiones menores), no perjudicial, basada en una causa justificada o en asuntos fuera del control del Plan; forma parte de un intercambio de información de buena fe entre usted y el Plan; y no refleja un patrón o práctica de no cumplimiento del plan.

Si usted piensa que el Plan violó sus propios procedimientos internos, puede pedir al Plan que le proporcione una explicación escrita de la violación. El plan le proporcionará respuesta en el transcurso de diez (10) días.

Para usar esta excepción, debe solicitar una revisión externa, o dar inicio a una acción legal en el transcurso de 180 después de recibida la determinación adversa inicial. Si un tribunal o un revisor externo rechaza su solicitud de revisión inmediata, el Plan le notificará (en el transcurso de 10 días) de su derecho de dar inicio a una apelación interna. El tiempo límite aplicable para que usted, ahora, presente su apelación interna, comenzará a correr cuando usted reciba dicha notificación de parte del Plan.