

 **DENTAL**

Changes to Dental Plan A means better dental benefits for you and your family

This change only applies if you enrolled in the Dental Plan A benefit option.

Your Dental Plan A dental benefits are changing, effective June 1, 2020:

- Delta Dental of Illinois (Delta Dental) will administer dental benefits for you and your dependents.
- You no longer have any deductibles for dental care.
- Your annual maximum benefit is increasing to \$2,000 per person for non-orthodontic treatment.
- You will not have any cost-sharing for network or non-network covered orthodontia treatment, up to your \$2,500 lifetime maximum benefit.
- Delta Dental will coordinate your dental benefits according to regular practices. These rules are similar to those shown in your SPD for coordination of other benefits.

Updates to Your Benefits

Dental PPO.... 1-12

Dental HMO 12

Save time, go online

Visit your member portal
www.uhh.org/member
to view your benefits, request an ID card, and more!



UNITE HERE
HEALTH

Call the Fund with questions about your benefits or eligibility for coverage. The Fund will handle all your customer service needs instead of the Quantum Care Coordinators.

(855) 844-5262 • www.uhh.org/fsp

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

This document constitutes a Summary of Material Modifications (SMM) under the Employee Retirement Income Security Act of 1974, as amended, and summarizes recent actions taken by the Board of Trustees of UNITE HERE HEALTH. It describes benefit and administrative changes affecting the information included in your Summary Plan Description (SPD). This SMM addresses changes to all benefits in your SPD and may include changes and benefits that don't apply to you based on your or your employer's elections.

Please read this information carefully; then, keep it with your SPD for future reference. Except as described in this SMM, the information otherwise contained in your SPD continues to apply.


DENTAL *(continued)*

The following language replaces the Dental Plan A benefit option section of your SPD.

Dental PPO Benefits—Effective June 1, 2020

UNITE HERE HEALTH (your health fund, or “the Fund”) has contracted with Delta Dental of Illinois (Delta Dental) to administer self-funded dental benefits for you and your dependents.

DENTAL PPO BENEFITS		
Description of Services	Delta Dental PPO Network Providers	Delta Dental Premier Dentists and Non-Network Providers
Calendar Year Maximum Benefit for Dental (<i>non-ortho</i>) Treatment	\$2,000 per person	
Lifetime Maximum Benefit for Orthodontic Treatment	\$2,500 per person	
Calendar Year Deductible	None	
	<i>What You Pay for Your Covered Dental Care</i>	
Diagnostic and Preventive Services <i>(Examples: oral exams, emergency palliative care, x-rays, routine cleaning, fluoride treatment, sealants, space maintainers)</i>	\$0	30%
Minor Restorative Services <i>(Example: fillings)</i>	\$0	30%
Endodontic Services <i>(Example: root canals)</i>	20%	40%
Periodontic Services <i>(Examples: scaling and root planing, full-mouth debridement, periodontal (gum) maintenance, certain surgical periodontal services)</i>	20%	40%
Oral Surgery <i>(Examples: extractions (simple and surgical), certain sedation procedures)</i>	20%	40%
Prosthetic Maintenance <i>(Examples: adjustments and repairs to dentures)</i>	20%	40%
Prosthetic Services <i>(Examples: complete or partial dentures, bridges)</i>	50%	60%

Get answers to all your questions: (855) 844-5262 • www.uhh.org/fsp



DENTAL *(continued)*

DENTAL PPO BENEFITS

Description of Services	Delta Dental PPO Network Providers	Delta Dental Premier Dentists and Non-Network Providers
Major Restorative Services <i>(Examples: onlays, crowns, harmful habit appliances, athletic mouth guards)</i>	50%	60%
Implants	50%	60%
Orthodontic Treatment — limited to children under 19	\$0	\$0

Network vs. non-network providers

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

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

Find a network provider near you

Delta Dental of Illinois

(800) 323-1743

www.deltadentalil.com

What you pay

You must pay your cost-share (coinsurance) for covered expenses. You must also pay any expenses that aren't covered, including any amounts over the allowable charge that non-network dentists are allowed to bill you.

Maximum benefits

Dental care maximum benefit for non-orthodontic care

The Plan pays up to \$2,000 per person each year for dental care (network and non-network combined). Once the Plan pays this maximum benefit, it won't pay for any more dental care for the rest of that year.



DENTAL *(continued)*

Orthodontic treatment maximum benefit

The Plan pays up to a lifetime maximum of \$2,500 per person for orthodontic treatment (network and non-network combined). Once the Plan pays this maximum benefit, it won't pay for any more orthodontic treatment.

Alternate course of treatment

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

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

What's covered

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

There are limits on how often certain services and supplies are covered. If the amount of time shown below hasn't passed since the service or supply was last provided, you may have to pay 100% of the cost. You can always contact Delta Dental of Illinois at (800) 323-1743 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:

- Oral exams, including periodontal evaluations and problem-focused exams.
- Periodic oral exams—2 per year.
- X-rays:
 - ▶ Intra-oral periapical radiographs.
 - ▶ Bitewing x-rays—2 series per year.
 - ▶ Full mouth x-rays (which include panoramic and vertical bitewing x-rays)—1 every 60 months.
- Diagnostic casts.



DENTAL *(continued)*

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

Minor restorative services

- Amalgam and resin-based composite fillings—1 per surface every 12 months.
- Endodontic services
- Pulpal and root canal therapy.
- Pulpal therapy (resorbable filling)—1 per tooth per lifetime.

Periodontic services

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



DENTAL *(continued)*

- Periodontal maintenance—2 per year.
 - ✓ If you have certain conditions, you may be eligible for additional periodontal maintenance each year. See the Enhanced Benefits Program below.

Oral surgery

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

Prosthodontic maintenance

- Adjustments to complete and partial dentures—2 every 12 months.
- Repairs to complete and partial dentures—1 every 24 months.
- Replacement of missing or broken teeth.
- Addition of tooth or clasp to existing partial dentures—1 per lifetime.
- Replacement of all teeth and acrylic on cast-metal framework—1 per lifetime.
- Denture rebase—1 every 24 months.
- Denture relines—1 every 24 months.



DENTAL *(continued)*

Prosthodontic services

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

Major restorative services

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

Implants—once every 60 months for patients age 16 and older.

Orthodontic treatment.

Enhanced Benefits Program

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

- Periodontal (gum) disease
- Diabetes
- Pregnancy

Get answers to all your questions: (855) 844-5262 • www.uhh.org/fsp



DENTAL *(continued)*

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

What's not covered

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

- Pulp vitality tests billed in conjunction with any service except for an emergency exam or palliative treatment.
- Recementation of space maintainers within 6 months of initial placement.
- Fillings, when crowns are allowed for the same teeth.
- Replacement of any existing cast restoration (crowns, onlays, ceramic restorations) with any type of cast restoration within 60 months following initial placement of existing restoration.
- Replacement of a stainless steel crown with any type of cast restoration by the same office within 24 months following initial placement.
- Cast restorations if radiographic evidence does not show decay or missing tooth structure, or restorations placed for any other purpose, including, but not limited to, cosmetics, abrasion, attrition, erosion, restoring or altering vertical dimension, congenital or developmental malformations of teeth, or the anticipation of future fractures.
- A crown build-up if there is not radiographic evidence of sufficient vertical height (more than 3 millimeters above the crestal bone) on a tooth to support a cast restoration.
- The repair of any component of a cast restoration.
- Recementing of inlays, onlays, partial coverage restorations, cast and prefabricated posts and cores and crowns by the same office within 6 months of the initial placement.
- Additional procedures to construct a new crown under the existing partial denture framework within 6 months following initial placement.
- Sedative fillings requested or placed on the same date as a permanent filling.
- Retreatment of the same tooth within 2 years when a benefit has been issued for endodontic services.



DENTAL *(continued)*

- Endodontic procedures performed in conjunction with complete removable prosthodontic appliances.
- Surgical periodontic services not performed in association with natural teeth.
- Guided tissue regeneration billed in conjunction with implantology, ridge augmentation/sinus lift, extractions or periradicular surgery/apicoectomy.
- Crown lengthening or gingivoplasty, if not performed at least 4 weeks prior to crown preparation.
- Bone replacement grafts performed in conjunction with extractions or implants.
- Periodontal splinting to restore occlusion.
- Replacement of any existing prosthodontic appliance (cast restorations, fixed partial dentures, removable partial dentures, complete denture) with any prosthodontic appliance within 60 months following initial placement of the existing appliance.
- A fixed partial denture, when requested or placed in the same arch as a removable partial denture.
- Reline or rebase of an existing appliance within 6 months following initial placement.
- Fixed or removable prosthodontics for a patient under age 16.
- Tissue conditioning.
- A pontic when the edentulous (toothless) space between teeth is less than 50% of the size of the missing tooth.
- When performed in conjunction with other oral surgery, mobilization of an erupted or malpositioned tooth to aid eruption or placement of a device to facilitate eruption of an impacted tooth.
- Services, supplies, or treatment provided more frequently than stated as covered, or more frequently than commonly accepted according to the dental standards determined by Delta Dental, or more frequently than specified in the contract with Delta Dental.
- Any treatment, services, or supplies as set forth in the section of your SPD titled “General exclusions and limitations.”
- Services compensable under Worker’s Compensation or Employer’s Liability laws.
- Services provided or paid for by any governmental agency or under any governmental program or law, except as to charges which the person is legally obligated to pay. This exception extends to any benefits provided under the U.S. Social Security Act and its Amendments.
- Services performed to correct developmental malformation including, but not limited to, cleft palate, mandibular prognathism, enamel hypoplasia, fluorosis and congenitally missing teeth. This exclusion doesn’t apply to newborn infants.



DENTAL *(continued)*

- Services performed for purely cosmetic purposes, including but not limited to, tooth-colored veneers, bonding, porcelain restorations and microabrasion.
- Charges for services completed prior to the date the patient became covered under this program.
- Services for anesthetists or anesthesiologists.
- Temporary procedures.
- Any procedure requested or performed on a tooth when radiographs indicate that less than 40% of the root is supported by bone.
- Services performed on non-functional teeth (second or third molar without an opposing tooth).
- Services performed on deciduous (primary) teeth near exfoliation.
- Drugs or the administration of drugs, except for general anesthesia and intravenous conscious sedation.
- Procedures deemed experimental or investigational by the American Dental Association, for which there is no procedure code, or which are inconsistent with Current Dental Terminology coding and nomenclature.
- Services with respect to any disturbance of the temporomandibular joint (jaw joint).
- Procedures that Delta Dental considers to be included in the fees for other procedures.
- The completion of claim forms and submission of required information, not otherwise covered, for determination of benefits.
- Infection control procedures and fees associated with compliance with Occupational Safety and Health Administration (OSHA) requirements.
- Broken appointments.
- Services and supplies for any illness or injury occurring on or after you become covered under the Plan as a result of war or an act of war.
- Services for, or in connection with, an intentional self-inflicted injury or illness while sane or insane, except when due to domestic violence or a medical (including both physical and mental) health condition.
- Services and supplies received from either your or your spouse's relative, any individual who ordinarily resides in your home, or any such similar individual.
- Services for, or in connection with, an injury or illness arising out of the participation in, or in consequence of having participated in, a riot, insurrection or civil disturbance. or the commission of a felony.
- Charges for services for inpatient/outpatient hospitalization.
- Services or supplies for oral hygiene or plaque control programs.

Get answers to all your questions: (855) 844-5262 • www.uhh.org/fsp



DENTAL *(continued)*

Predetermination of dental benefits

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

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

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

Dental benefits after eligibility ends

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

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

Claims and appeals under the dental PPO

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

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

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

File a dental claim

Delta Dental

P.O. Box 5402
Lisle, IL 60532



DENTAL *(continued)*

If you disagree with all or any part of a claim denial, you may file an appeal directly to the Appeals Subcommittee of UNITE HERE HEALTH. The rules for filing an appeal directly with the Appeals Subcommittee are shown in your SPD, in the section titled “Claim filing and appeal provisions.”

Changes to the DHMO benefit option

UNITE HERE HEALTH (the Fund) has contracted with Delta Dental of Illinois, doing business as DeltaCare, to provide dental benefits to you and your dependents if you choose this benefit option. This SMM summarizes your dental benefits. You’ll be given a detailed document that also lists any other type of dependents you can enroll in dental coverage, in addition to the dependents listed in this SPD. The rules about who your dependent is under the DeltaCare dental benefits only apply to dental benefits, and do not apply to any other benefits offered under the Plan. Call the Fund at (833) 637-3519 if you need help understanding what dependents are eligible for DeltaCare dental coverage, since the Fund makes all eligibility decisions.

If there is any conflict between this SPD and DeltaCare documents, which contain certain state-specific rules about benefits and cost-sharing, the terms of the DeltaCare documents govern. If you have any questions about dental benefits, please contact DeltaCare. DeltaCare will send you a copy of the evidence of coverage (EOC) that describes how your DHMO works, your cost-sharing for your dental care, and other important information. This EOC generally supersedes the DHMO information in this SMM. ***However, your SPD explains your correct eligibility rules. Please disregard the Eligibility and Termination sections in the EOC — the Fund determines who is eligible.***

DeltaCare

(800) 422-4234

www.deltadentalins.com/deltacare

Dental Plan B no longer available

As of June 1, 2020, dental plan B, a limited dental PPO benefit, will no longer be available.

Get answers to all your questions: (855) 844-5262 • www.uhh.org/fsp



Cambios en Dental Plan A significa mejores beneficios dentales para usted y su familia

Sus beneficios dentales de Dental Plan A están cambiando a partir del 1 de junio de 2020:

Sus beneficios dentales PPO están cambiando a partir del 1 de junio de 2020.

- Delta Dental of Illinois (Delta Dental) administrará beneficios dentales para usted y sus dependientes.
- Usted ya no tiene deducibles para el cuidado dental.
- Su beneficio máximo anual aumenta a \$2,000 por persona para tratamiento que no sea ortodoncia.
- Usted no tendrá ningún costo compartido para el tratamiento de ortodoncia cubierto dentro o fuera de la red, hasta su beneficio máximo de por vida de \$2,500.
- Delta Dental coordinará sus beneficios dentales de acuerdo con las prácticas habituales. Estas reglas son similares a las que se muestran en su SPD para la coordinación de otros beneficios.

Cambios a Sus Beneficios

PPO dental 1-13

HMO dental..... 14



Llame al Fondo si tiene preguntas sobre sus beneficios o su elegibilidad para la cobertura. El Fondo se encargará de todas sus necesidades de servicio al cliente en lugar de los Quantum Care Coordinators.

(855) 844-5262 • www.uhh.org/fsp

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

Este documento presenta un Resumen de las modificaciones de materiales (SMM, según sus siglas en inglés), según la Ley de seguridad de ingresos para los empleados jubilados (ERISA, según sus siglas en inglés), de 1974, según enmienda, y sintetiza las medidas que acaba de tomar el Consejo administrativo de UNITE HERE HEALTH. Describe cambios administrativos y modificaciones en los beneficios que afectan la información incluida en la Descripción resumida del Plan (SPD, según sus siglas en inglés). El SMM aborda los cambios que afectan todos los beneficios presentes en la SPD y puede incluir modificaciones y beneficios que no rigen en su caso particular, según las elecciones que realiza su empleador.

Lea con atención la información y guárdela junto con su SPD, para futura referencia. Excepto por lo descrito en el SMM, la información que contiene el SPD continúa vigente.



DENTAL *(continuación)*

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

Beneficios dentales PPO—vigentes a partir del 1 de junio de 2020

UNITE HERE HEALTH (su fondo de salud, o “el Fondo” ha contratado a Delta Dental of Illinois (Delta Dental) para administrar beneficios dentales autofinanciados para usted y sus dependientes.

BENEFICIOS DENTALES PPO		
Descripción de Servicios	Delta Dental PPO Proveedores dentro de la Red	Dentistas de Delta Dental Premier y Proveedores Fuera de la Red
Beneficio máximo por año calendario para el tratamiento dental (<i>no orto</i>)	\$2,000 por persona	
Beneficio máximo de por vida para el tratamiento de ortodoncia	\$2,500 por persona	
Deducible por año calendario	Ninguno	
	<i>Lo que usted paga por su cobertura de atención dental</i>	
Servicios preventivos y diagnósticos (Ejemplos: exámenes orales, cuidados paliativos de emergencia, radiografías, limpieza de rutina, tratamiento con flúor, selladores, mantenedores de espacio)	\$0	30%
Servicios restaurativos menores (Ejemplo: rellenos)	\$0	30%
Servicios de endodoncia (Ejemplo: conducto radicular (root canal))	20%	40%
Servicios periodontales (Ejemplo: descamación y cepillado radicular, desbridamiento de toda la boca, mantenimiento periodontal (encías), ciertos servicios quirúrgicos periodontales)	20%	40%

Obtenga respuestas para todas sus preguntas: (855) 844-5262 • www.uhh.org/fsp


DENTAL (continuación)

BENEFICIOS DENTALES PPO

Descripción de Servicios	Delta Dental PPO Proveedores dentro de la Red	Dentistas de Delta Dental Premier y Proveedores Fuera de la Red
Cirugía Oral (Ejemplos: extracciones (simples y quirúrgicas), ciertos procedimientos de sedación)	20%	40%
Mantenimiento prostodóntico (Ejemplos: ajustes y reparaciones a dentaduras postizas)	20%	40%
Servicios de prostodoncia (Ejemplos: dentaduras postizas completas o parciales, puentes)	50%	60%
Servicios restaurativos principales (Ejemplos: revestimientos, coronas, aparatos de hábitos nocivos, protectores bucales deportivos)	50%	60%
Implantes	50%	60%
Tratamiento de ortodoncia	0%	0%

Proveedores de la red versus proveedores fuera de la red

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

- ✓ Su red es Delta Dental PPO.
- ✓ Si usted elige un dentista de Delta Dental Premier su costo compartido es el **porcentaje de beneficios fuera de la red**. Aún puede ahorrar dinero con los dentistas Premier, porque ellos no le facturarán un saldo (balance bill). (Esto significa que no le facturarán la diferencia entre el cargo permitido de Delta Dental y el cargo actual del dentista).

Encuentre un proveedor
de red cerca de usted

**Delta Dental
of Illinois**

(800) 323-1743

www.deltadentalil.com

Obtenga respuestas para todas sus preguntas: (855) 844-5262 • www.uhh.org/fsp



DENTAL *(continuación)*

Lo que usted paga

Debe pagar su costo compartido (coseguro) por los gastos cubiertos. También debe pagar cualquier gasto que no está cubierto, incluyendo cualquier cantidad mayor al cargo permitido que los dentistas que no pertenecen a la red pueden facturarle.

Beneficios máximos

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

El Plan paga hasta \$2,000 por persona cada año por atención dental (combinada dentro y fuera de la red). Una vez que el Plan paga este beneficio máximo, no pagará más por atención dental por el resto de ese año.

Beneficio máximo para tratamiento de ortodoncia

El Plan paga el 100% por el tratamiento de ortodoncia, hasta un máximo de por vida de \$2,500 por persona por tratamiento de ortodoncia (combinado dentro y fuera de la red). Una vez que el Plan paga este beneficio máximo, no pagará más por tratamientos de ortodoncia.

Curso de Tratamiento Alternativo

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

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



DENTAL *(continuación)*

Qué está cubierto

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

Existen límites sobre la frecuencia con la que se cubren ciertos servicios y suministros. Si la cantidad de tiempo que se muestra a continuación no ha pasado desde la última vez que se prestó el servicio o suministro, es posible que deba pagar el 100% del costo. Siempre puede comunicarse con Delta Dental llamando al (800) 323-1743 para averiguar cuándo fue la última vez que recibió beneficios para un determinado servicio o suministro. Un límite de tiempo comienza en la fecha en que recibió el servicio o suministro por última vez. Los límites de tiempo se miden en meses o años consecutivos.

Servicios preventivos y diagnósticos

- Exámenes orales, incluyendo evaluaciones periodontales y exámenes centradas en problemas.
- Exámenes orales periódicos - 2 por año.
- Radiografías:
 - ▶ Radiografías periapicales intraorales.
 - ▶ Radiografías de mordidas (Bitewing)—2 series por año
 - ▶ Radiografía de boca completa (que incluye radiografías panorámica y vertical de mordida (bitewing)—1 cada 60 meses.
- Moldes de diagnóstico.
- Pruebas de vitalidad pulpar—1 por visita.
- Profilaxis (limpieza)—2 por año.
 - ✓ Si usted tiene ciertas condiciones, puede ser elegible para limpiezas adicionales cada año. Consulte el Programa de beneficios mejorados a continuación.
- Aplicación tópica de fluoruro para niños menores de 19—2 por año.
 - ✓ Si usted tiene ciertas condiciones, también puede ser elegible para la aplicación tópica de flúor. Consulte el Programa de beneficios mejorados a continuación.



DENTAL *(continuación)*

- Mantenedores de espacio para niños menores de 14 años—1 vez de por vida.
- Recementación de mantenedores de espacio para niños menores de 14 años—1 vez de por vida.
- Selladores de los dientes posteriores para niños menores de 16 años—1 diente de por vida
- Cuidados paliativos de emergencia (para aliviar temporalmente el dolor y las molestias).
- Consultas.

Servicios restaurativos menores

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

Servicios de endodoncia

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

Servicios periodontales

- Terapia periodontal, incluyendo el tratamiento de enfermedades de las encías y los huesos que sostienen los dientes—1 por cuadrante cada 24 meses.
 - Gingivectomía o gingivoplastia; procedimientos de colgajo gingival.
 - Alargamiento clínico de la corona (tejido duro).
 - Cirugía ósea (incluyendo la entrada y cierre del colgajo).
 - Regeneración guiada de tejidos.
 - Reemplazo óseo e injertos de tejidos blandos.
 - Descamación periodontal y alisado radicular.
 - Desbridamiento total de la boca—1 de por vida.
 - Mantenimiento periodontal—2 por año.
- ✓ Si usted tiene ciertas condiciones, puede ser elegible para mantenimiento periodontal adicional cada año. Consulte el Programa de beneficios mejorados a continuación.



DENTAL *(continuación)*

Cirugía Oral

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

Mantenimiento prostodóntico

- Ajustes para dentaduras postizas completas y parciales—2 cada 12 meses.
- Reparaciones de dentaduras postizas completas y parciales—1 cada 24 meses.
- Reemplazo de dientes faltantes o rotos.
- Adición de diente o broche a prótesis parciales existentes—1 de por vida.
- Reemplazo de todos los dientes y acrílico sobre estructura de metal fundido—1 de por vida.
- Rebase de la dentadura—1 vez cada 24 meses
- Revestimientos de dentadura—1 vez cada 24 meses

Servicios de prostodoncia

- Dentaduras completas y parciales.
- Pónticas.



DENTAL *(continuación)*

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

Servicios restaurativos principales

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

Implantes—una vez cada 60 meses para pacientes mayores de 16 años.

Tratamiento de ortodoncia.

Programa de beneficios mejorados

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

- Enfermedad periodontal (de las encías)
- Diabetes
- Embarazo
- Condiciones cardíacas de alto riesgo.

Obtenga respuestas para todas sus preguntas: (855) 844-5262 • www.uhh.org/fsp



DENTAL *(continuación)*

- Insuficiencia renal o diálisis.
- Quimioterapia y / o radiación relacionadas con el cáncer.
- Sistema inmunitario suprimido debido a: VIH, trasplantes de órganos y / o trasplantes de células madre (médula ósea)

Lo que no está cubierto

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

- Las pruebas de vitalidad pulpar facturadas junto con cualquier servicio, excepto un examen de emergencia o tratamiento paliativo.
- Recepción de mantenedores de espacio dentro de los 6 meses posteriores a la colocación inicial.
- Rellenos, cuando se permiten coronas para los mismos dientes.
- Reemplazo de cualquier restauración de yeso existente (coronas, revestimientos, restauraciones de cerámica) con cualquier tipo de restauración de molde dentro de los 60 meses posteriores a la colocación inicial de la restauración existente.
- Reemplazo de una corona de acero inoxidable con cualquier tipo de restauración de molde por la misma oficina dentro de los 24 meses posteriores a la colocación inicial.
- Restauraciones de molde si la evidencia radiográfica no muestra caries o falta de estructura dental, o restauraciones colocadas para cualquier otro propósito, incluyendo, entre otros, cosméticos, abrasión, desgaste, erosión, restauración o alteración de la dimensión vertical, malformaciones congénitas o del desarrollo de los dientes, o la anticipación de futuras fracturas.
- Una acumulación de corona si no hay evidencia radiográfica de una altura vertical suficiente (más de 3 milímetros por encima del hueso crestral) en un diente para soportar una restauración de molde.
- La reparación de cualquier componente de una restauración de molde.
- Recepción de incrustaciones, incrustaciones, restauraciones de cobertura parcial, postes y núcleos y coronas prefabricados y fundidos por la misma oficina dentro de los 6 meses posteriores a la colocación inicial.
- Procedimientos adicionales para construir una nueva corona bajo el marco de prótesis parcial existente dentro de los 6 meses posteriores a la colocación inicial.
- Rellenos sedantes solicitados o colocados en la misma fecha que un relleno permanente.



DENTAL *(continuación)*

- Retratamiento del mismo diente dentro de 2 años cuando se ha emitido un beneficio por servicios de endodoncia.
- Procedimientos de endodoncia realizados en conjunto con dispositivos protodónticos removibles completos.
- Servicios de periodoncia quirúrgica no realizados en asociación con dientes naturales.
- Regeneración de tejido guiada facturada junto con implantología, aumento de cresta / elevación sinusal, extracciones o cirugía perirradicular / apicectomía.
- Alargamiento de la corona o gingivoplastia, si no se realiza al menos 4 semanas antes de la preparación de la corona.
- Injertos óseos de reemplazo realizados junto con extracciones o implantes.
- Férula periodontal para restaurar la oclusión.
- Reemplazo de cualquier dispositivo protésico existente (restauraciones de molde, prótesis parciales fijas, prótesis parciales removibles, prótesis completa) con cualquier dispositivo protésico dentro de los 60 meses posteriores a la colocación inicial del dispositivo existente.
- Una dentadura postiza parcial fija, cuando se solicita o se coloca en el mismo arco que una dentadura postiza parcial removible.
- Realineación o Rebase de un dispositivo existente dentro de los 6 meses posteriores a la colocación inicial.
- Protodoncia fija o removible para un paciente menor de 16 años.
- Acondicionamiento de tejidos.
- Un pónico cuando el espacio edéntulo (sin dientes) entre los dientes es inferior al 50% del tamaño del diente faltante.
- Cuando se realiza junto con otra cirugía oral, la movilización de un diente erupcionado o mal colocado para ayudar a la erupción o la colocación de un dispositivo para facilitar la erupción de un diente impactado.
- Los servicios, suministros o tratamientos se brindan con mayor frecuencia que la indicada como cubierta, o con mayor frecuencia que la comúnmente aceptada según los estándares dentales determinados por Delta Dental, o con mayor frecuencia que la especificada en el contrato con Delta Dental.
- Cualquier tratamiento, servicios o suministros como se establece en la Sección de su SPD titulada "Exclusiones y limitaciones generales."
- Servicios compensables bajo las leyes de Compensación del Trabajador o Responsabilidad del Empleador.



DENTAL *(continuación)*

- Servicios proporcionados o pagados por cualquier agencia gubernamental o bajo cualquier programa o ley gubernamental, excepto en cuanto a los cargos que la persona está legalmente obligada a pagar. Esta excepción se extiende a cualquier beneficio provisto bajo la Ley de Seguridad Social de los EE. UU. y sus Enmiendas.
- Servicios prestados para corregir la malformación del desarrollo, incluyendo, entre otros, paladar hendido, prognatismo mandibular, hipoplasia del esmalte, fluorosis y dientes perdidos congénitos. Esta exclusión no aplica a los recién nacidos
- Servicios prestados con fines puramente cosméticos, que incluyen, entre otros, carillas del color de los dientes, unión, restauraciones de porcelana y microabrasión.
- Cargos por servicios completados antes de la fecha en que el paciente quedó cubierto por este programa.
- Servicios para anestelistas o anestesiólogos.
- Procedimientos temporales.
- Cualquier procedimiento solicitado o realizado en un diente cuando las radiografías indican que menos del 40% de la raíz está soportada por hueso.
- Servicios realizados en dientes no funcionales (segundo o tercer molar sin un diente opuesto).
- Servicios realizados en dientes caducifolios (primarios) cerca de la exfoliación.
- Medicamentos o la administración de medicamentos, excepto la anestesia general y la sedación intravenosa consciente.
- Procedimientos considerados experimentales o de investigación por la Asociación Dental Americana, para los cuales no existe un código de procedimiento, o que son inconsistentes con la codificación y nomenclatura de la Terminología Dental Actual.
- Servicios con respecto a cualquier alteración de la articulación temporomandibular (articulación de la mandíbula).
- Procedimientos que Delta Dental considera incluidos en las tarifas de otros procedimientos.
- La finalización de formularios de reclamo y el envío de la información requerida, no cubierta de otra manera, para la determinación de los beneficios.
- Procedimientos de control de infecciones y tarifas asociadas con el cumplimiento de los requisitos de la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (OSHA).
- Citas no cumplidas.
- Servicios y suministros para cualquier enfermedad o lesión que ocurra en o después de que esté cubierto por el Plan como resultado de una guerra o un acto de guerra.



DENTAL *(continuación)*

- Servicios para, o en relación con, una lesión o enfermedad autoinfligida intencionalmente mientras está sano o demente, excepto cuando se debe a violencia doméstica o una afección médica (incluyendo física y mental).
- Servicios y suministros recibidos de su pariente o el de su cónyuge, cualquier persona que habitualmente reside en su hogar o cualquier persona similar.
- Servicios para, o en relación con, una lesión o enfermedad que surge de la participación en, o como consecuencia de haber participado en un disturbio, insurrección o disturbio civil, o la comisión de un delito grave.
- Cargos por servicios por hospitalización / hospitalización ambulatoria.
- Servicios o suministros para la higiene oral o programas de control de placa.

Predeterminación de beneficios dentales

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

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

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

Beneficios dentales después de que finalice la elegibilidad

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

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



DENTAL *(continuación)*

Reclamaciones y apelaciones bajo el PPO dental

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

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

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

Si no está de acuerdo con la totalidad o parte de la denegación de una reclamación, puede presentar una apelación directamente al Appeals Subcommittee (Subcomité de Apelaciones) de UNITE HERE HEALTH. Las reglas para presentar una apelación directamente ante el Subcomité de Apelaciones se muestran en su SPD, en la sección titulada “Disposición de reclamos y disposiciones de apelación.”



DENTAL (continuación)

Cambios en la opción de beneficios de DHMO

UNITE HERE HEALTH (el Fondo) ha contratado a Delta Dental of Illinois, operando como DeltaCare, para proveer beneficios dentales para usted y sus dependientes, si usted elige esta opción de beneficio. Este SMM resume sus beneficios dentales. Usted recibirá un documento detallado que también enumera cualquier otro tipo de dependientes que usted puede inscribir en la cobertura dental, además de los dependientes enumerados en este SPD. Las reglas sobre quién es su dependiente bajo los beneficios dentales de DeltaCare solo se aplican a los beneficios dentales y no se aplican a ningún otro beneficio ofrecido por el Plan. Llame al fondo al (833) 637-3519 si necesita ayuda para comprender qué dependientes son elegibles para la cobertura dental de DeltaCare, ya que el Fondo toma todas las decisiones de elegibilidad.

Si existe algún conflicto entre este SPD y los documentos de DeltaCare, que contienen ciertas reglas específicas del estado sobre beneficios y costos compartidos, los términos de los documentos de DeltaCare rigen. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios dentales, comuníquese con DeltaCare. DeltaCare le enviará una copia de la evidencia de cobertura (EOC) que describe cómo funciona su DHMO, su costo compartido para su atención dental y otra información importante. Este EOC generalmente reemplaza la información de DHMO en este SMM. *Sin embargo, su SPD explica sus reglas de elegibilidad correctas. Por favor, no tome en cuenta las secciones de Elegibilidad y Terminación en el EOC, ya que el Fondo determina quién es elegible.*

DeltaCare

(800) 422-4234

www.deltadentalins.com/deltacare

El Dental Plan B ya no está disponible

A partir del 1 de junio de 2020, el dental plan B, un beneficio dental PPO limitado, ya no estará disponible.

Obtenga respuestas para todas sus preguntas: (855) 844-5262 • www.uhh.org/fsp