

Summary of Material Modifications (SMM)

This is a Summary of Material Modifications (SMM). It explains some of the changes and additions made to your benefits by the Board of Trustees of UNITE HERE HEALTH (UHH). These updates affect the information in your Summary Plan Description (SPD).

Please read this information carefully so that you understand your benefits. Be sure to keep this with your SPD. If you have any questions about your benefits, please call the Hospitality Plan Customer Service Office at **855-405-3863**.

Medical Benefits

Your out-of-pocket maximum has been lowered!

As of January 1, 2019, your annual out-of-pocket maximum, the total amount you have to pay for covered network services in a calendar year, is lower.

The out-of-pocket maximum is:

Plan	Individual coverage	Family coverage
Gold Plus Plan	\$2,000	\$6,000
Silver Plus Plan	\$2,000	\$6,000

In-network providers are now responsible for getting prior authorization for inpatient care.

Prior authorization is always needed for inpatient hospital care. This means you have to get approval from your Plan before you're admitted into a hospital or facility.

As of January 1, 2019, in-network providers must get prior authorization for your inpatient care. This is a great reason to use in-network providers. If you go to an out-of-network provider, you're responsible for making sure you or your provider gets prior authorization.

The hospital room rate has changed.

As of November 1, 2018, the Plan's benefits for a private hospital room rate are not limited to the semi-private room rate.

The definition of "Durable Medical Equipment" (DME) has changed.

As of November 1, 2018, DME no longer has to be approved for payment by Medicare in order to be covered by the Plan.

Medical Benefits (continued)

ConsejoSano is not offered for medical advice in Spanish anymore.

As of August 14, 2018, ConsejoSano no longer provides medical advice in Spanish.

The annual deductible for the Silver Plus medical plan has been lowered.

As of January 1, 2019, the calendar year deductible for the Silver Plus medical plan is lower.

The calendar year deductible for the Silver Plus medical plan is:

Type of coverage	Deductible
Individual	\$750
Family	\$1,500

The sample medical claim has been changed to match the new deductible for the Silver Plus medical plan

As of January 1, 2019, the graphic below replaces the graphic on page C-19 of your SPD. It has been changed to show the new deductible for individual coverage for the Silver Plus medical plan.

The graphic below is a sample medical claim. It shows you the difference in cost between going to a network provider and a non-network provider. You can see how using a network provider can save you a lot of money.

Sample medical claim: outpatient surgery in an ambulatory surgical facility		
	Network provider	Non-network provider
A. Total charge	\$10,000	\$10,000
B. Network discount	-\$5,000	\$0 (No discount)
C. Plan's allowable charge (See page G-2)	\$5,000	\$5,000
What you pay		
D. Amount over allowable charge	\$0 (A minus B minus C)	\$5,000 (A minus C)
E. Deductible	\$750	\$750
F. Your coinsurance share of the cost	\$850 (20% of C minus E)	\$2,125 (50% of C minus E)
Your total payment:	\$1,600 (D plus E plus F)	\$7,875 (D plus E plus F)

In the sample medical claim:

If you go to an in-network ambulatory surgical facility, you'll pay \$1,600. If you go to an out-of-network ambulatory surgical facility, you'll pay \$7,875. That means, you'll save \$6,275 for going to a network-provider for your surgery.

Vision Benefits

Improved vision benefits

As of January 1, 2019, you and your dependents will get better vision benefits. You now have no copay for vision exams and necessary contact lenses. Your Plan also gives more for your glasses and contacts.

Your vision benefits at in-network providers:

Type of vision service or product	It was:	It's now:
Vision exam	\$10 copay	No copay
Contact lens exam	Up to \$50 copay	Up to \$50 copay
*Elective contact lenses	Plan pays up to \$160	Plan pays up to \$175
Necessary contact lenses	\$25 copay	No copay
*Frames (lenses included, single vision, lined bifocal, lined trifocal and polycarbonate for dependent children)	\$25 copay; Plan pays up to \$160	\$25 copay; Plan pays up to \$175
Wholesale frames	\$61	Plan pays up to \$67
Featured name brand	Extra \$20 off	Extra \$50 off

*Available per calendar year for either contact lenses or glasses

Dental Benefits

The Cigna "DHMO" Plan is now called the "Cigna Dental Care Access Network."

As of January 1, 2019, the name of the Cigna dental HMO network has changed. It's now called the "Cigna Dental Care Access Network."

Claims Filing and Appeals Procedures

New contact information for filing prescription drug claims.

As of November 1, 2018, you can now file your prescription drug claims with WellDyneRx, if needed.

If you use a participating pharmacy, the pharmacy should file a claim for you. No benefits are payable if you use a pharmacy that doesn't participate in the pharmacy network. However, if you need to file a claim for a prescription drug purchased at a participating pharmacy, you should send it to:

WellDyneRx Claim Reimbursement

P.O. Box 90369
 Lakeland, FL 33804

Prescription Drug Benefits

As of November 1, 2018, the entire “prescription drug benefits” section of your SPD has been replaced.

The “prescription drug benefits” section is on pages C-30 to C-36 of your SPD. The entire section has been updated with this new information. Please read this section carefully, so you understand your prescription drug benefits.

The Plan has contracted with HospitalityRx to administer your prescription drug benefits. The Plan will only pay benefits if you buy your prescription drugs at a pharmacy that’s part of the True Choice network. Not all retail pharmacies are in your pharmacy network. Retail pharmacies like Walgreens are in your network.

If you use a pharmacy that isn’t in your network, you will have to pay 100% of the cost of the prescription drug. For example, CVS and Walmart aren’t in your network. The Plan will not reimburse you for the cost of any prescription drugs that you buy at a non-network pharmacy.

What you pay

You must pay the participant copay or coinsurance that’s on your schedule of benefits (on page 5 of this SMM). The copay or coinsurance applies for each fill or refill of a prescription drug. You must also pay any costs that aren’t considered “covered expenses.” You’re responsible for any amount the Plan doesn’t pay.

This includes any:

- Cost-sharing, such as: deductibles, copays or coinsurance.
- Cost for any generic drug substitution requirements, if applicable.
- Costs that are more than your benefit maximums.
- Costs that aren’t a “Covered Expense.” This includes everything in the “What’s not covered” section (on pages 11 and 12 of this SMM).

Prescription Drug Benefits (continued)

Schedule of benefits

As of January 1, 2019, your schedule of benefits for your prescription drug benefits has changed.

Your schedule of benefits:

Gold Plan and Silver Plan prescription drug benefits	Your copay and/or coinsurance for each prescription fill or refill
FORMULARY PRESCRIPTION DRUG BENEFITS At the UNITE HERE HEALTH (UHH) Health Center and free pharmacy locations	
Prescription drugs (Excluding select Specialty, Biosimilar, and brand drugs)	No copay
Select Specialty and Biosimilar drugs (available at certain locations)*	25% per prescription fill
Select brand drugs (available at certain locations)*	50% per prescription fill
FORMULARY PRESCRIPTION DRUG BENEFITS At network retail pharmacies and mail order	
Preventive healthcare services drugs	No copay
Generic drugs	\$5 copay per prescription fill
Brand drugs	\$30 copay per prescription fill
Diabetes brand oral medication, insulin and supplies	\$15 copay per prescription fill
Generic Specialty and Biosimilar drugs*	\$5 copay per prescription fill
Brand Specialty and Biosimilar drugs*	25% per prescription fill
NON-FORMULARY PRESCRIPTION DRUGS AND SUPPLIES	Not covered, unless an exception is approved
*Your current pharmacy benefit provider will actively manage and determine drugs in each tier. Specialty drugs are only covered at the specialty mail order pharmacy and at a UNITE HERE HEALTH (UHH) Health Center.	

Prescription Drug Benefits (continued)

Smart formulary

A medication or supply must be listed on the “smart” formulary to be covered. The smart formulary is a list of drugs the Fund counts as a “Covered Expense.” Your Plan will only pay for medicine not on this list, if you get a formulary exception from the Plan. The types of medicine and supplies covered under your prescription drug benefits are in the “What’s covered” section below.

Brand drugs and supplies on the formulary are safe, effective, high-quality drugs and supplies that don’t have a generic version (equivalent). Ask your healthcare professional to prescribe a drug that is on the formulary. If your healthcare professional wants you to take a drug that is not on the formulary, he or she should call WellDyneRx at **844-813-3860** to request a formulary exception.

Prescription drugs and supplies may be added to or removed from the “smart” formulary. Call WellDyneRx at **844-813-3860** if you or your healthcare professional have questions about which prescription drugs and supplies are on the formulary.

What’s covered

The Plan only pays benefits for these types of expenses:

- Medicine or supplies approved by the U.S. Food and Drug Administration (FDA). They also must be legally obtained only with the written prescription of a healthcare professional.
- Diabetic supplies, limited to: insulin, disposable insulin syringes and needles, lancets and lancet devices, control solution for glucometers, and glucose test strips.
- Preventive healthcare services prescribed by a healthcare professional. A prescription is required even if the preventive healthcare service is available over-the-counter.
- Compounded medications, if at least one part is FDA-approved.
- Vitamins on the formulary. As of March 14, 2019, you can get Vitamin D for doses under 50,000 units for **no copay** with a prescription from your provider or doctor.
- Hormone therapy as long as the hormones are FDA-approved and only available by prescription. Prior authorization is required for certain hormone therapy. Hormone therapy for individuals with gender dysphoria is not subject to an age restriction. However, the prior authorization process for those under age 18 has an added requirement. The extra requirement is that the treating doctor have proof showing sexual maturity of Tanner Stage 2 or more.
- Certain over-the-counter drugs as long as you have a prescription. Also, you have to get the drug at the UNITE HERE HEALTH (UHH) Health Center locations.

Prescription Drug Benefits (continued)

Free glucometers

You can get a free glucometer once every 12 months by calling:

- **888-883-7091** for OneTouch (LifeScan) products
- **866-788-9618** for Trividia products

You can only get a free glucometer through one of these providers. If you don't want one of the Fund's free glucometers, you have to pay the full cost of the glucometer. Then, you can send in a claim to the Fund to get paid back some of the money you paid. The claim will be paid based on the rules for Durable Medical Equipment (DME) under your medical benefits.

Safety and cost containment programs for prescription drugs

The Fund provides extra protection through several safety and cost containment programs. Some examples of such programs and rules are:

- Prior authorization
- Clinically appropriate age restrictions
- Step therapy programs
- Quantity or dosage limits
- Checking for abuse of using multiple drugs (poly-pharmaceutical)
- Case management programs

These programs may change. The prescription drugs or types of prescriptions that are part of these programs may also change. If a prescription drug is part of a safety or cost containment program, you must follow the program and get approval in order to get benefits for the drug.

Contact WellDyneRx at **844-813-3860** with questions about which prescription drugs are part of the safety or cost containment programs, or to request an exception.

Prior authorization

Prior authorization may not be required for every drug that the FDA is reviewing. They may be reviewing it for known or potential serious risks under a risk evaluation and mitigation strategy. If prior authorization is required, HospitalityRx will work with your healthcare professional to get the information that's needed.

Prescription Drug Benefits (continued)

Step therapy

In many cases, effective lower-cost options are available for some prescription drugs. As part of our step therapy program, you'll be asked to try a generic or lower-cost medicine first. The higher-cost brand name drug will not be approved until you've tried the other ones.

You can be "stepped up" to the higher-cost option if the first level of medicine:

- Doesn't work for you or
- Causes serious side effects

For example, if you need an ARB (Angiotensin Receptor Blocker) to treat high blood pressure:

- You may be asked to try a generic version first.
- If the generic version doesn't work or causes serious side effects, you may be asked to try a brand name version.

Generic prescription drug policy

If you or your provider chooses a covered brand name prescription drug when you could get a generic one instead, you pay the difference in cost.

For example:

- The brand name prescription drug costs \$80 at retail.
- The generic one costs \$30.
- You must pay the \$50 difference.
- You will also have to pay the generic drug copay.

The generic prescription drug policy doesn't apply to certain prescription drugs that need to be closely monitored, or if very small changes in the dose could be harmful. The prescription drugs that aren't part of the generic prescription drug policy can change often. This rule will also not apply if you get an exception through a safety or cost containment program. Your healthcare professional will need to get prior approval for this exception to apply to your prescription drugs.

Prescription Drug Benefits (continued)

Fill and refill limits

Quantity limits

Each prescription fill or refill is limited to the amount prescribed by your healthcare professional. A safety or cost containment program may limit the amount of a drug that is filled at one time. This amount may be less than the maximum days' supply. For example, most prescriptions filled through the specialty mail-order pharmacy will be limited to less than a 34-day or 60-day supply.

These are your fill and refill limits:

- Prescriptions filled through a retail pharmacy can't be for more than a 34-day supply. You can only get refills up to the total amount your doctor prescribes.
- Prescriptions filled through the non-specialty mail-order pharmacy can't be more than a 60-day supply.
- Prescriptions filled through the specialty pharmacy can't be more than the supply allowed under any safety or cost containment program.
- Prescriptions filled through the UNITE HERE HEALTH (UHH) Health Center locations can't be for more than a 60-day supply.
- Prescriptions only available in a 90-day supply will be subject to the copay that's listed in the "Schedule of benefits" section (on page 5 of this SMM).

In most cases, you have to use at least 75% of a prescription before you can get a refill. But, you may be able to refill sooner. For example, the Fund or its designee may authorize an early refill if:

- You show that you will be out of the country when you will run out of a prescription drug. If your early refill is approved, you can get up to a 60-day supply for the applicable retail drug copay.
- Your drug is lost or stolen.
- You run out of a drug too soon because you misunderstood the instructions or accidentally used too much. You will be able to get one early refill per lifetime for that drug.
- If the Fund or its designee determines that early refill is medically appropriate and that the early refill is required due to things you can't control.

You may be required to use the case management program to get an early refill. Call WellDyneRx at **844-813-3860** if you need an early refill.

Prescription Drug Benefits (continued)

Exceptions to the standard quantity limits

Some drugs are often prescribed at higher dosages than what the FDA approved. The Fund or its designee, will only give up to the dosage that's approved by the FDA. You may be able to get a higher quantity if it's approved by a safety or cost containment program. To help protect you and your family, in these situations you may get a smaller supply of a prescription drug than usually allowed.

You or your healthcare professional can call for information about these quantity limits or to get an exception to these rules.

Mail order pharmacy

You can save money by using the WellDyneRx mail order pharmacy. You can use the mail order pharmacy to get "maintenance prescription drugs" (drugs that are taken regularly for a longer period of time). These medicines treat chronic health conditions. You can get up to a 60-day supply by mail. You'll pay the same copay as you would for a 34-day supply at a retail pharmacy.

You can order from the mail order pharmacy online, by phone, or by mail.

WellDyneRx
P.O. Box 90369
Lakeland, FL 33804
844-813-3860
www.mywdrx.com

Specialty pharmacy

As of January 1, 2019, you must use Diplomat Specialty Pharmacy or a UNITE HERE HEALTH (UHH) Health Center to buy all specialty prescription drugs. This includes generic specialty drugs and drugs prescribed to treat HIV/AIDS. Walgreens Specialty Pharmacy is not available through your Plan anymore.

Diplomat Specialty Pharmacy
844-857-5772
www.diplomatpharmacy.com

Prescription Drug Benefits (continued)

What's not covered

See your SPD for a list of the Plan's general exclusion and limitations (on pages C-61 to C-65 of your SPD) that apply to your benefits. For example, experimental and investigative treatments, including drugs, are not covered.

These types of treatments, services, and supplies are also not covered under the prescription drug benefit:

- Prescription drugs that have not been approved by the FDA. However, the Fund or its designee may cover prescription drugs not approved by the FDA in some situations. You or your healthcare professional may ask for an exception through the Fund's prior authorization program.
- Drugs or supplies that are not listed on the formulary, unless the Fund or its designee gives prior approval for the drug or supply. You must try all medically appropriate formulary options before you can ask for a formulary exception.
- Drugs or medicine used, consumed or administered at the place where the drug is given, other than immunizations (shots). These drugs may be covered under your medical benefits.
- Prescriptions or refills that are more than the quantity limits.
- Vitamins, dietary aids, or dietary supplements that aren't on the formulary.
- Drugs used for cosmetic reasons. For example, drugs to treat hair loss.
- Human growth hormone, except to treat emaciation (extreme weight loss or thinness) due to AIDS.
- Drugs or other covered supplies not purchased from a network pharmacy.
- Birth control devices and implants other than over-the-counter FDA-approved female contraceptive drugs, devices or supplies for which you have a prescription.
- Non-sedating antihistamines or histamine receptor blockers, except as covered at the UNITE HERE HEALTH (UHH) Health Center locations.
- Fertility drugs.
- Glucometers (tools to check your blood sugar) other than the ones the Fund gives to you for free. You may be able to get a glucometer through the medical benefits if you don't want a free one. But, you may have to pay some or all of the cost.

Prescription Drug Benefits (continued)

What's not covered (continued)

- Weight control drugs, unless they're used to treat morbid obesity. A weight loss drug to treat morbid obesity has to be used under the direct supervision of a healthcare professional. You will also need written approval from the Fund or its designee.
- Preventive healthcare services and supplies that you can get through your medical benefits.
- Drugs that require review under a safety or cost containment program if the program isn't followed or if the drug isn't approved. This includes drugs that need prior authorization or are part of a step therapy program.
- Drugs that have been available on the United States market for 90 days or less. These are "new-to-market" prescription drugs. The Fund or its designee has to review and approve the prescription drug first.
- Specialty prescription drugs that aren't purchased through Diplomat Specialty Pharmacy or the UNITE HERE HEALTH (UHH) Health Centers.
- Over-the-counter drugs that aren't on the formulary or aren't offered at some participating UNITE HERE HEALTH (UHH) Health Center locations.
- High-cost "me too" drugs, unless the Fund or its designee approves the drug for purchase. "Me too" drugs usually have only a very small difference in how they work, but are considered "new" drugs with no generic option (equivalents). Often, the manufacturer charges high prices for these drugs even though there are other drugs available that work just as well for a lower cost. You can find out if a "me too" drug is covered by contacting HospitalityRx.
- Diagnostics. These are drugs used to help diagnose certain medical conditions.
- Drugs, medicine or supplies that aren't covered under the Fund's or Fund's designee's claims processing guidelines or any other internal rule. This includes, but isn't limited to, any national guidelines used by the medical and scientific community.
- Medical foods. But, some medical foods may be covered under your medical benefits.
- Any treatment, services or supplies in the "General exclusions and limitations" section (on pages C-61 to C-65 of your SPD).

Other Important Information

Legal claims related to the Plan can only be filed in a Northern Illinois court.

As of October 12, 2018, if you have any claim, issue or action relating to the Fund, Plan, Summary Plan Description (SPD), and/or Trust Agreement, and you want to go to court, you can only file the claim in the United States District Court for the Northern District of Illinois and in any courts in which appeals from such court are heard.

There's a new address for making payments to the Fund.

As of September 1, 2018, all payments mailed to the Fund should go to:

UNITE HERE HEALTH
P.O. Box 809328
Chicago, IL 60680-9328

You should use this address if you're sending in payments for:

- Co-premiums or employee contribution (EC) (Payments for the cost of your and/or your dependents' coverage)
- COBRA self-payments
- Self-payments to continue your coverage
- Self-payments while you are on a leave of absence (such as FMLA)

Some of these payments may be required and some may not be available to you. Please check your SPD for more information about which types of payments you may be eligible or required to make.

This address is only for sending in payments. Please don't send any forms or any other communications to this P.O. Box.

Call us at **855-405-3863** if you have any questions about your payments.

New Benefit Available!

The John Wilhelm Endowed Scholarship benefit

As of October 11, 2018, your Plan is now offering the John Wilhelm Endowed Scholarship benefit.

What is the scholarship?

The John Wilhelm Endowed Scholarship Benefit (“Scholarship Benefit”) provides an opportunity for you and your Eligible Dependents to pursue an undergraduate education in the health sciences field at the University of Nevada, Las Vegas (“UNLV”).

Who is eligible for the Scholarship?

To be considered for this Scholarship Benefit, you or your Eligible Dependent(s) must meet the following requirements:

- Fund eligibility - you must either be:
 - A current Eligible Employee who is participating in a Fund Plan of Benefits and who has at least 3 continuous years of historical Plan participation (any period of 36 consecutive months during which an Eligible Employee participated in a Fund Plan of benefits or a plan that merged into the Fund); or
 - An Eligible Dependent of a current Eligible Employee as described above
- Be formally admitted as a student to UNLV and pursuing an undergraduate degree in Public Health, Nursing or a major within the School of Allied Health Sciences;
- Have a 3.0 cumulative grade point average or higher; and
- Be enrolled as a part-time or full-time undergraduate student and have a class standing of a junior or higher.

How do you apply for the scholarship?

- You or your Eligible Dependents must apply for the Scholarship Benefit through the UNLV financial aid and scholarship office by completing a Free Application for Federal Student Aid (“FAFSA”) and any other required application materials.
- The FAFSA and any other required materials must be completed and submitted to UNLV in accordance with the school’s deadline(s) for each academic year.
- Please contact UNLV Financial Aid and scholarship office for questions and information regarding other required application materials.

New Benefit Available! (continued)

How are the Scholarship Benefit Awards determined?

- The Fund will determine the amount and number of Scholarship Benefits that will be awarded each academic year.
- Depending on a number of factors, the amount of each Scholarship Benefit awarded and the number of Scholarship Benefits available may be different each academic year.
- The Fund and UNLV will verify the Eligibility status of each Employee and Dependent who apply.
- UNLV will select the Scholarship Benefit recipients. Preference will be given to Eligible Employees and Eligible Dependents who demonstrate financial need on the FAFSA and to past recipients of the scholarship. All determinations regarding the award of scholarships shall be made in the sole and independent discretion of UNLV and shall be final and binding for all Eligible Employees and Dependents. All determinations specifically regarding the Fund eligibility requirement described above in the section titled “Who is Eligible for the Scholarship” shall be made in the sole and independent discretion of the Fund and shall be binding on all Employees and Dependents.
- Recipients may reapply for a Scholarship Benefit in subsequent years, provided they continue to meet the Eligibility criteria and remain in good standing with UNLV.
- Applicants who are not awarded a Scholarship Benefit may always reapply in subsequent years.
- The Scholarship Benefit will be paid solely from the “John Wilhelm Endowed Scholarship” at UNLV that has been established by UNITE HERE HEALTH.

What are the exclusions and limitations?

- The Scholarship Benefit will not be payable directly to the student; it will be used only for tuition at UNLV.
- The Scholarship Benefits do not cover coursework towards post-graduate degrees at UNLV.
- Scholarship Benefits are not guaranteed for every year. Scholarships will not be awarded if there are no qualified applicants in a particular year or if there are insufficient available funds in the Endowed Scholarship fund.
- Payment will only be made for the part of the tuition that exceeds any other financial aid, such as public or private financial assistance, fellowships, scholarships or grants.
- Scholarship Benefits may not be used to cover registration fees, student body fees, activity fees, books, supplies, equipment, tools, meals, lodging, parking or transportation.

What are your appeal rights?

If you or your Eligible Dependent(s) receive a denial notice because you do not meet the Fund eligibility requirement listed above in “Who is Eligible for the Scholarship,” you may appeal such determination within 60 days of receipt of the denial notice.

Resumen de Modificaciones al Material

Este es un Resumen de Modificaciones al Material (SMM, por sus siglas en inglés). Explica algunos de los cambios y adiciones hechos a sus beneficios por el Consejo Administrativo de UNITE HERE HEALTH (UHH). Estas actualizaciones afectan la información en su Descripción Resumida del Plan (SPD por sus siglas en inglés).

Por favor lea cuidadosamente la información para que comprenda sus beneficios. Asegúrese de guardar esto con su SPD. Si tiene preguntas acerca de sus beneficios, favor de llamar a la Oficina de Servicios al Cliente del Hospitality Plan al **855-405-3863**.

Beneficios Médicos

¡El máximo costo de su bolsillo ha sido rebajado!

A partir del 1 de enero de 2019, el costo máximo de su bolsillo, la cantidad total que usted tiene que pagar por servicios cubiertos de la red en un año de calendario, es más bajo.

El costo máximo de su bolsillo es:

Plan	Cobertura Individual	Cobertura Familiar
Gold Plus Plan	\$2,000	\$6,000
Silver Plus Plan	\$2,000	\$6,000

Los proveedores de la red ahora son responsables por obtener autorización previa para el cuidado de pacientes internados.

Siempre se necesita autorización previa para cuidado de paciente hospitalizado. Esto significa que usted tiene que obtener aprobación de su Plan antes de ser admitido a un hospital o instalación.

A partir del 1 de enero de 2019, los proveedores de la red tienen que obtener autorización previa para sus cuidados de paciente internado. Esta es una gran razón para usar proveedores de la red. Si usa un proveedor fuera de la red, usted es responsable de asegurar que usted o su proveedor obtengan autorización previa.

La tarifa de la habitación de hospital ha cambiado.

A partir del 1 de noviembre de 2018, los beneficios de la tarifa del Plan para una habitación privada de hospital no se limitan a la tarifa de una habitación semi privada.

La definición de "Equipo Médico Duradero" (DME por sus siglas en inglés) ha cambiado.

A partir del 1 de noviembre de 2018, DME ya no tiene que ser aprobado para pagos de Medicare para ser cubierto por el Plan.

Beneficios Médicos (continúa)

ConsejoSano ya no se ofrece para asesoramiento médico en español.

A partir del 14 de agosto de 2018, ConsejoSano ya no proporciona asesoramiento médico en español.

El deducible anual para el plan médico Silver Plus ha sido rebajado.

A partir del 1 de enero de 2019, el deducible por año de calendario para el plan médico Silver Plus es más bajo.

El deducible por año de calendario para el plan médico Silver Plus es:

Tipo de cobertura	Deducible
Individual	\$750
Familiar	\$1,500

La muestra de reclamación médica ha sido cambiada para acordar con el nuevo deducible para el plan médico Silver Plus.

A partir del 1 de enero de 2019, la gráfica a continuación reemplaza la gráfica de la página C-19 de su SPD. Ha sido cambiada para mostrar el nuevo deducible por cobertura individual del plan médico Silver Plus.

La gráfica a continuación es un ejemplo de reclamación médica. Le muestra la diferencia de costos entre ver a un proveedor de la red y un proveedor no de la red. Usted puede ver como usar un proveedor de la red puede ahorrarle mucho dinero.

Ejemplo de reclamación medica: cirugía de paciente externo en una instalación quirúrgica ambulatoria		
	Proveedor de la red	Proveedor fuera de la red
A. Cargo total	\$10,000	\$10,000
B. Descuento de la red	-\$5,000	\$0 (ningún descuento)
C. Cargo permitido del Plan (ver la página G-2)	\$5,000	\$5,000
Lo que usted paga		
D. Cantidad superior al cargo permitido	\$0 (A menos B menos C)	\$5,000 (A menos C)
E. Deducible	\$750	\$750
F. La parte del costo de su coseguro	\$850 (20% de C menos E)	\$2,125 (50% de C menos E)
Su pago total:	\$1,600 (D más E más F)	\$7,875 (D más E más F)

En el ejemplo de reclamación médica:

Si usted va a una instalación quirúrgica ambulatoria de la red pagará \$1,600. Si va a una instalación quirúrgica ambulatoria fuera de la red, pagará \$7,875. Eso significa que ahorrará \$6,275 por ver a un proveedor de la red para su cirugía.

Beneficios de la Vista

Beneficios mejorados de la vista

A partir del 1 de enero de 2019, usted y sus dependientes recibirán mejores beneficios de visión. Ahora usted no tiene copagos por exámenes de la vista y lentes de contacto necesarios. Su Plan también le da más para sus anteojos y lentes de contacto.

Sus beneficios de la vista con proveedores de la red:

Tipo de servicio o producto de la vista	Era:	Ahora es:
Examen de la vista	\$10 de copago	Ningún copago
Examen para lentes de contacto	Hasta \$50 de copago	Hasta \$50 de copago
*Lentes de contacto electivos	El plan paga hasta \$160	El plan paga hasta \$175
Lentes de contacto necesarios	\$25 de copago	Ningún copago
*Armazones (lentes incluidos, visión única, bifocales con línea, trifocales con línea y policarbonato para hijos dependientes)	\$25 de copago; El Plan paga hasta \$160	\$25 de copago; El Plan paga hasta \$175
Armazones al por mayor	\$61	El Plan paga hasta \$67
De nombre de marca	\$20 de descuento adicionales	\$50 de descuento adicionales

*Disponible por año de calendario para lentes de contacto o anteojos

Beneficios Dentales

El Plan Cigna "DHMO" ahora se llama "Cigna Dental Care Access Network"

A partir del 1 de enero de 2019, el nombre de Cigna dental HMO Network ha cambiado. Ahora se llama "Cigna Dental Care Access Network".

Presentación de Reclamaciones y Procedimientos de Apelación

Nueva información de contacto para presentar reclamaciones de medicinas recetadas.

A partir del 1 de noviembre de 2018, ahora usted puede presentar sus reclamaciones de medicinas recetadas con WellDyneRx si es necesario.

Si usa una farmacia participante, la farmacia debe presentar la reclamación por usted. No hay beneficios pagables si usa una farmacia que no participa en la red de farmacias. Sin embargo, si necesita presentar una reclamación por una medicina recetada comprada en una farmacia participante, debe enviarla a:

WellDyneRx Claim Reimbursement

P.O. Box 90369
 Lakeland, FL 33804

Beneficios de Medicinas Recetadas

A partir del 1 de noviembre de 2018, toda la sección de “beneficios de medicinas recetadas” de su SPD ha sido reemplazada.

La sección de “beneficios de medicinas recetadas” está en las páginas C-30 a C-36 de su SPD. La sección total ha sido actualizada con esta nueva información. Por favor lea esta sección cuidadosamente para que comprenda sus beneficios de medicinas recetadas.

El Plan ha contratado a HospitalityRx para administrar sus beneficios de medicinas recetadas. El Plan sólo pagará beneficios si compra sus medicinas recetadas en una farmacia que es parte de la red True Choice. No todas las farmacias de al por menor están en su red de farmacias. Las farmacias al por menor como Walgreens están en su red.

Si usted usa una farmacia que no está en la red tendrá que pagar 100% del costo de la medicina recetada. Por ejemplo, CVS y Walmart no están en su red. El Plan no le reembolsará por el costo de ninguna medicina recetada que usted compre en una farmacia no de la red.

Lo que usted paga

Usted tiene que pagar el copago o coseguro del participante que se encuentra en su programa de beneficios (en la página 5 de este SMM). El copago o coseguro aplica por cada surtido o resurtido de una medicina recetada. Usted también tiene que pagar cualesquiera gastos que no se consideren “gastos cubiertos.” Usted es responsable por cualquier cantidad que el Plan no paga.

Esto incluye cualquier:

- Costo compartido tal como: deducibles, copagos o coseguro.
- Costo por cualquier requerimiento de sustitución de medicina genérica, si aplica.
- Costos que son mayores que sus beneficios máximos.
- Costos que no son un “Gasto Cubierto.” Esto incluye todo lo de la sección “Lo Que No Está Cubierto” (en las páginas 11 y 12 de este SMM).

Beneficios de Medicinas Recetadas (continúa)

Programa de beneficios

A partir del 1 de enero de 2019, su programa de beneficios de sus beneficios de medicinas recetadas ha cambiado.

Su programa de beneficios:

Beneficios de medicinas recetadas de Gold Plan y Silver Plan	Su copago y/o coseguro por cada surtido o resurtido de medicina
BENEFICIOS DE MEDICINAS RECETADAS DEL FORMULARIO En el Centro de Salud UNITE HERE HEALTH (UHH) y ubicaciones de farmacias gratuitas	
Medicinas recetadas (excluyendo selectas de Especialidad, Biosimilares y de marca)	Ningún copago
Medicinas selectas de Especialidad y Biosimilares (disponibles en ciertas farmacias)*	25% por surtido de receta
Selectas medicinas de marca (disponibles en ciertas farmacias)*	50% por surtido de receta
BENEFICIOS DE MEDICINAS RECETADAS DEL FORMULARIO En farmacias al por menor de la red y por correo	
Medicinas de servicios preventivos de cuidados de salud	Ningún copago
Medicinas genéricas	\$5 de copago por surtido de medicamento recetado
Medicinas de marca	\$30 de copago por surtido de medicamento recetado
Medicinas orales de marca, insulina y suministros para diabetes	\$15 de copago por surtido de medicamento recetado
Medicinas genéricas de Especialidad y Biosimilares*	\$5 de copago por surtido de medicamento recetado
Medicinas de Especialidad y Biosimilares de marca*	25% por surtido de medicamento recetado
MEDICINAS Y SUMINISTROS RECETADOS QUE NO ESTÁN EN LA LISTA APROBADA	No están cubiertas, al menos que se apruebe una excepción
*Su actual proveedor de beneficios de farmacia activamente manejará y determinará medicinas en cada nivel. Las medicinas de Especialidad solamente están cubiertas en la farmacia de especialidades por correo y en el Centro de Salud UNITE HERE HEALTH (UHH).	

Beneficios de Medicinas Recetadas (continúa)

Lista de medicamentos inteligente

Un medicamento o suministro tiene que estar en la lista de medicamentos “inteligente” para estar cubierto. La lista inteligente es una lista de medicamentos que el Fondo denomina como “Gasto Cubierto.” Su Plan solamente pagará por medicinas que no están en esta lista si obtiene una excepción de la lista de medicamentos del Plan. Las clases de medicinas y suministros cubiertos bajo sus beneficios de medicinas recetadas se encuentran en la sección de “Lo Que Está Cubierto” a continuación.

Las medicinas de marca y suministros de la lista aprobada son seguras, efectivas de alta calidad y suministros que no tienen una versión genérica (equivalente). Pida a su profesional de cuidados de salud que le recete una medicina que esté en la lista aprobada. Si su profesional de cuidados de salud quiere que usted tome una medicina que no está en la lista aprobada, él o ella debe llamar a WellDyneRx al **844-813-3860** para solicitar una excepción de la lista aprobada.

Las medicinas recetadas y suministros pueden agregarse o quitarse de la lista de medicinas “inteligente.” Llame a WellDyneRx al **844-813-3860** si usted o su profesional de cuidados de salud tienen preguntas acerca de cuales medicinas recetadas y suministros están en la lista aprobada.

Lo que está cubierto

El Plan solamente paga beneficios por estos tipos de costos:

- Medicinas o suministros aprobados por la Administración de Alimentos y Drogas de los EE.UU. (FDA por sus siglas en inglés). También tienen que ser obtenidas legalmente solamente con la receta escrita de un profesional de cuidados de salud.
- Suministros diabéticos, limitados a: insulina, jeringas desechables de insulina y agujas, lancetas, solución de control para glucómetros y tiras de pruebas de glucosa.
- Servicios preventivos de cuidados de salud recetados por un profesional de cuidados de salud. Se requiere una receta aún cuando el servicio preventivo de cuidado de salud sea obtenible sin receta.
- Medicamentos compuestos si por lo menos una parte es aprobada por la FDA.
- Vitaminas del formulario. A partir del 14 de marzo de 2019 usted puede obtener Vitamina D para dosis menores de 50,000 unidades **sin copago** con una receta de su proveedor o doctor.
- Terapia hormonal siempre que las hormonas sean aprobadas por la FDA y solamente disponibles con receta. Se requiere autorización previa para cierta terapia hormonal. La terapia hormonal para personas con disforia de género no está sujeta a ninguna restricción de edad. Sin embargo el proceso de autorización previa para personas menores de 18 años tiene un requisito adicional. El requisito adicional es que el médico tenga pruebas demostrando madurez sexual de Tanner Stage 2 o más.
- Ciertas medicinas que no requieren receta siempre que usted tenga una receta. También, usted tiene que obtener la medicina en los Centros de Salud de UNITE HERE HEALTH (UHH).

Beneficios de Medicinas Recetadas (continúa)

Glucómetros gratuitos

Puede obtener un glucómetro gratuito una vez cada 12 meses al llamar a:

- **888-883-7091** para productos OneTouch (LifeScan)
- **866-788-9618** para productos Trividia

Solamente puede obtener un glucómetro gratuito a través de uno de estos proveedores. Si no quiere uno de los glucómetros gratuitos del Fondo usted tiene que pagar el costo total del glucómetro. Entonces puede enviar una reclamación al Fondo para recibir pago de algo del dinero que usted pagó. La reclamación se pagará en base a las reglas para Equipo Medico Duradero (DME) bajo sus beneficios médicos.

Programas de seguridad y contención de medicinas recetadas

El Fondo proporciona protección extra a través de varios programas de seguridad y contención. Algunos ejemplos de dichos programas y reglamentos son:

- Autorización previa
- Restricciones clínicas apropiadas de edad
- Programas de terapia de pasos
- Límites de cantidades o dosis
- Chequeo de abuso al usar múltiples medicamentos (poli-farmacéutico)
- Programas de manejo de casos

Estos programas podrían cambiar. Las medicinas recetadas o clases de recetas que son parte de estos programas también podrían cambiar. Si una medicina recetada es parte de un programa de seguridad o contenimiento de costo, usted tiene que seguir el programa y obtener aprobación para recibir beneficios por la medicina.

Contacte a WellDyneRx al **844-813-3860** con preguntas acerca de cuales medicinas recetadas son parte de los programas de seguridad o contenimiento de costo, o para solicitar una excepción.

Autorización Previa

Es posible que no se requiera autorización previa para cada medicina que la FDA está revisando. Ellos podrían estar revisándola por posibles o conocidos riesgos serios bajo una estrategia de evaluación y mitigación. Si se requiere autorización previa, HospitalityRX trabajará con su profesional de cuidados de salud para obtener la información necesaria.

Beneficios de Medicinas Recetadas (continúa)

Terapia de pasos

En muchos casos, hay opciones efectivas de más bajo costo para algunas medicinas recetadas. Como parte de nuestro programa de terapia de pasos se le pedirá que pruebe primero una medicina genérica o de menor costo. La medicina de marca, de mayor costo, no será aprobada hasta que usted haya probado las otras.

Se le puede “subir” a la opción de mayor costo si el primer nivel de medicina:

- No le funciona o
- Le causa serios efectos

Por ejemplo, si necesita un Bloqueador de Receptores de Angiotensina (ARB por sus siglas en inglés) para el tratamiento de presión arterial alta:

- Se le podría pedir que pruebe una versión genérica primero.
- Si la versión genérica no funciona o causa serios efectos secundarios, es posible que se le pida probar una versión de marca.

Política de medicinas genéricas recetadas

Si usted o su proveedor elije una medicina recetada de marca cuando podría obtener una genérica usted paga la diferencia del costo.

Por ejemplo:

- La medicina recetada de marca cuesta \$80 al menudeo.
- El costo de la genérica es \$30.
- Usted tiene que pagar los \$50 de diferencia.
- También tendrá que pagar el copago de medicina genérica.

La política de medicinas genéricas recetadas no aplica a ciertas medicinas recetadas que tienen que ser monitoreadas cuidadosamente, o si cambios muy pequeños de la dosis podrían ser dañinos.

Las medicinas recetadas que no son parte de la política de medicinas genéricas recetadas podrían cambiar con frecuencia. Esta regla tampoco aplicará si usted obtiene una excepción a través de un programa de seguridad o contenimiento de costo. Su profesional de cuidados de salud necesitará obtener aprobación previa para que esta excepción aplique a sus medicinas recetadas.

Beneficios de Medicinas Recetadas (continúa)

Límites de surtido y resurtido

Límites de cantidades

Cada surtido o resurtido de receta está limitado a la cantidad recetada por su profesional de cuidados de salud. Un programa de seguridad o contención podría limitar la cantidad de una medicina surtida cada vez. Esta cantidad podría ser menos que el máximo de días. Por ejemplo, la mayoría de las recetas surtidas a través de la farmacia de especialidad por correo se limitarán a un surtido de menos de 34 o 60 días.

Estos son sus límites de surtido y resurtido:

- Recetas surtidas por una farmacia al por menor no pueden ser por más de 34 días. Usted solamente puede obtener resurtidos por hasta la cantidad total que su doctor receta.
- Recetas surtidas por una farmacia no de especialidad, por correo, no pueden ser por más de 60 días.
- Recetas surtidas por la farmacia de especialidad no pueden ser por más de lo permitido por cualquier programa de seguridad o contención de costo.
- Recetas surtidas por Centros de Salud de UNITE HERE HEALTH (UHH) no pueden ser por más de 60 días.
- Recetas solamente disponibles en cantidades de 90 días estarán sujetas al copago indicado en la sección de "Programa de Beneficios" (página 5 de este SMM).

En la mayoría de los casos usted tiene que usar por lo menos 75% de una receta antes de poder obtener un resurtido. Pero es posible que pueda obtener un resurtido antes. Por ejemplo, el Fondo o su asignado podría autorizar un resurtido temprano si:

- Usted demuestra que estará fuera del país cuando se le terminará una medicina recetada. Si su resurtido temprano es aprobado puede obtener hasta 60 días de medicamento por el copago aplicable de medicina al por menor.
- Su medicamento se pierde o es robado.
- Se le termina demasiado pronto porque no comprendió las instrucciones o accidentalmente usó demasiado. Podrá obtener un resurtido temprano de esa medicina una vez por vida.
- Si el Fondo o su asignado determina que el resurtido es médicamente apropiado y que el resurtido temprano se requiere debido a cosas fuera de su control.

Es posible que se requiera que use el programa de manejo de caso para obtener un resurtido temprano. Llame a WellDyneRx al **844-813-3860** si necesita un resurtido temprano.

Beneficios de Medicinas Recetadas (continúa)

Excepciones a los límites estándares de cantidades

Algunas medicinas frecuentemente son recetadas en dosis mayor que la aprobada por la FDA. El Fondo o su asignado solamente dará hasta la dosis aprobada por la FDA. Es posible que usted pueda obtener una cantidad mayor si es aprobada por un programa de seguridad o contención de costo. Para ayudar a protegerlo a usted y a su familia en estas situaciones, podría recibir una cantidad menor de una medicina recetada que la cantidad usualmente permitida.

Usted o su profesional de cuidados de salud puede llamar para obtener información acerca de estos límites de cantidades o para obtener una excepción a estas reglas.

Farmacia por correo

Puede ahorrar dinero usando la farmacia WellDyneRx por correo. Puede usar la farmacia por correo para obtener "medicinas recetadas de mantenimiento" (medicinas que son tomadas regularmente por un periodo largo de tiempo). Estas medicinas son para el tratamiento de condiciones crónicas de salud. Puede obtener una cantidad de hasta 60 días por correo. Pagará el mismo copago que lo que pagaría por un suministro de 34 días en una farmacia al por menor.

Puede ordenar de la farmacia por correo en línea, por teléfono o por correo.

WellDyneRx
P.O. Box 90369
Lakeland, FL 33804
844-813-3860
www.mywdrx.com

Farmacia de Especialidad

A partir del 1 enero de 2019, usted tiene que usar Diplomat Specialty Pharmacy o un Centro de Salud UNITE HERE HEALTH (UHH) para comprar todas sus medicinas recetadas de especialidad. Esto incluye medicinas de especialidad genéricas y medicinas recetadas para el tratamiento de VIH/SIDA. La farmacia de especialidad Walgreens ya no está disponible a través de su Plan.

Diplomat Specialty Pharmacy
844-857-5772
www.diplomatpharmacy.com

Beneficios de Medicinas Recetadas (continúa)

Lo que no está cubierto

Vea su SPD para una lista de las exclusiones y limitaciones generales del Plan (en las páginas C-61 a C-65 de su SPD) que aplican a sus beneficios. Por ejemplo, tratamientos experimentales y de investigación, incluyendo medicamentos, no están cubiertos.

Estos tipos de tratamientos, servicios y suministros tampoco están cubiertos bajo el beneficio de medicinas recetadas:

- Medicinas recetadas que no han sido aprobadas por la FDA. Sin embargo, el Fondo o su asignado podría cubrir medicinas recetadas no aprobadas por la FDA en algunas situaciones. Usted o su profesional de cuidados de salud puede pedir una excepción a través del programa de autorización previa del Fondo.
- Medicinas o suministros que no están en la lista de medicamentos aprobados, al menos que el Fondo o su asignado dé aprobación previa por la medicina o suministro. Usted tiene que probar todas las opciones de la lista aprobada que sean médicamente apropiadas antes de poder pedir una excepción del formulario.
- Medicamentos o medicinas usados, consumidos o administrados en el sitio en donde la medicina es dada, que no sean vacunas (inyecciones).
- Recetas o resurtidos que sean mayores que los límites de cantidad.
- Vitaminas, ayuda alimentaria o suplementos dietéticos que no están en el formulario.
- Medicinas usadas por razones cosméticas. Por ejemplo, medicinas para el tratamiento de pérdida del cabello.
- Hormonas de crecimiento humano, excepto para el tratamiento de demacración (extrema pérdida de peso o delgadez debido al SIDA).
- Medicinas u otros suministros cubiertos no comprados en una farmacia de la red.
- Aparatos anticonceptivos e implantes que no sean medicinas femeninas anticonceptivas sin receta aprobadas por la FDA, aparatos o suministros que requieren receta.
- Antihistamínicos o bloqueadores de receptor de histamina, excepto como están cubiertos en locaciones del Centro de Salud UNITE HERE HEALTH (UHH).
- Medicamentos de fertilidad.
- Glucómetros (aparatos para el chequeo del azúcar en su sangre) que no sean los que el Fondo le da gratis. Es posible que pueda obtener un glucómetro a través de los beneficios médicos si no quiere uno gratuito. Pero podría tener que pagar algo o todo el costo.

Beneficios de Medicinas Recetadas (continúa)

Lo que no está cubierto (continúa)

- Medicinas de control de peso, al menos que sean usadas para el tratamiento de obesidad mórbida. Una medicina para pérdida de peso para el tratamiento de obesidad mórbida tiene que ser usada bajo la supervisión directa de un profesional de cuidados de salud. También necesitará aprobación escrita del Fondo o su asignado.
- Servicios y suministros de cuidados preventivos de salud que usted puede obtener a través de sus beneficios médicos.
- Medicinas que requieren revisión bajo un programa de seguridad o contención de costo si el programa no se sigue o si el medicamento no es aprobado. Esto incluye medicamentos que necesitan autorización previa o son parte de un programa de terapia de pasos.
- Medicinas que han estado disponibles en el mercado de los Estados Unidos por 90 días o menos. Estas son medicinas de receta “nuevas en el mercado.” El Fondo o su asignado tiene que revisar y aprobar primero la medicina recetada.
- Medicinas recetadas de Especialidad que no son compradas a través de Diplomat Specialty Pharmacy o los Centros de Salud UNITE HERE HEALTH (UHH).
- Medicinas que no requieren receta que no están en la lista de medicamentos aprobados o no son ofrecidas en algunos Centros de Salud UNITE HERE HEALTH (UHH) participantes.
- Medicinas de alto costo “yo también,” al menos que el Fondo o su asignado apruebe la medicina para su compra. Medicinas “yo también” generalmente tienen tan solo una muy pequeña diferencia en como funcionan, pero son consideradas medicinas “nuevas” sin opción genérica (equivalente). Frecuentemente el fabricante cobra precios altos por estas medicinas aunque hay otras medicinas disponibles que funcionan igual de bien por un costo más bajo. Puede averiguar si una medicina “yo también” está cubierta contactando a HospitalityRx.
- Diagnósticos. Estas son medicinas usadas para ayudar a diagnosticar ciertas condiciones medicas.
- Medicamentos, medicinas o suministros que no están cubiertos bajo el Fondo o su asignado de las directrices de procesamiento de reclamaciones ni ninguna otra regla interna. Esto incluye pero no está limitado a directrices médicas usadas por la comunidad médica y científica.
- Alimentos médicos. Sin embargo, algunos alimentos médicos podrían estar cubiertos bajo sus beneficios médicos
- Cualquier tratamiento, servicio o suministro de la sección “Exclusiones y Limitaciones Generales” (en las páginas C-61 a C-65 de su SPD).

Otra Información Importante

Las demandas legales relacionadas al Plan solo pueden ser presentadas en una corte de Northern Illinois.

A partir del 12 de octubre de 2018, si usted tiene cualquier reclamación, problema o acción relacionada al Fondo, Plan, Descripción Resumida del Plan (SPD) y/o Acuerdo Fiduciario y desea llevarlo a la corte, solamente puede presentar la demanda en la Corte del Distrito de los Estados Unidos para el Northern District de Illinois y en cualquier corte en la cual dichas apelaciones sean escuchadas.

Hay una nueva dirección para hacer los pagos al Fondo.

A partir del 1 de septiembre de 2018, todos los pagos enviados por correo al Fondo deberán enviarse a:

UNITE HERE HEALTH
P.O. Box 809328
Chicago, IL 60680-9328

Debe usar esta dirección si está enviando pagos para:

- Co-primas o contribución de empleado (EC) (Pagos por el costo de su cobertura y/o la de sus dependientes)
- Auto pagos de COBRA
- Auto pagos para continuar su cobertura
- Auto pagos mientras se encuentra en un permiso de ausencia (tal como FMLA)

Algunos de estos pagos podrían ser requeridos y algunos podrían no estar disponibles para usted. Favor de checar su SPD para más información acerca de para cuales tipos de pagos usted sería elegible o se requeriría que hiciera.

Esta dirección es solamente para enviar pagos. Por favor no envíe ningún formulario ni otra comunicación a este Apartado Postal.

Llámenos al **855-405-3863** si tiene preguntas acerca de sus pagos.

¡Nuevo Beneficio Disponible!

El beneficio de la beca John Wilhelm

A partir del 11 de octubre de 2018, su Plan ahora está ofreciendo el beneficio de la Beca John Wilhelm.

¿Qué es la beca?

El beneficio de la Beca John Wilhelm (“Beneficio de Beca”) proporciona una oportunidad para usted y sus dependientes elegibles de obtener una educación de licenciatura en el campo de ciencias de salud en la Universidad de Nevada, Las Vegas (“UNLV”).

¿Quién es elegible para la Beca?

Para ser elegible para este Beneficio de Beca, usted o su(s) Dependiente(s) Elegible(s) tiene(n) que cumplir con los siguientes requisitos:

- Elegibilidad del Fondo – usted tiene que ser ya sea:
 - Un actual Empleado Elegible que está participando en un Plan de Beneficios del Fondo y que tiene por lo menos 3 años continuos de participación histórica en el Plan (cualquier periodo de 36 meses consecutivos durante los cuales un Empleado Elegible participó en un Plan de beneficios del Fondo o un Plan que se fusionó al Fondo); o
 - Un Dependiente Elegible de un actual Empleado Elegible como se describe arriba
- Estar formalmente admitido como alumno en UNLV y estudiando para una licenciatura de Salud Pública, Enfermería o un grado dentro de la Escuela de Ciencias Aliadas de Salud;
- Tener un grado promedio acumulativo de 3.0 o más alto; y
- Estar inscrito como estudiante de licenciatura de tiempo parcial o tiempo completo y estar catalogado como junior o senior (estudiante de 3er año o más).

¿Cómo se aplica para la beca?

- Usted o sus Dependientes Elegibles tienen que aplicar para el Beneficio de Beca a través de la oficina de asistencia financiera y de becas de UNLV completando una Aplicación Gratuita para Asistencia Federal de Alumnos (“FAFSA” por sus siglas en inglés) y cualesquiera otros materiales requeridos de la aplicaciones.
- La FAFSA y cualquier otros materiales requeridos tienen que ser completados y presentados a UNLV de acuerdo con las fechas límites de cada año académico.
- Favor de contactar a la oficina de asistencia financiera y de becas de UNLV para preguntas e información acerca de otros materiales requeridos de aplicación.

¡Nuevo Beneficio Disponible! (continúa)

¿Cómo se determinan las Adjudicaciones del Beneficio de Becas?

- El Fondo determinará la cantidad y número de Beneficios de Beca que serán adjudicados cada año académico.
- Dependiendo de un número de factores, la cantidad adjudicada de cada Beneficio de Beca y el número de Beneficios de Beca disponibles podría ser diferente cada año académico.
- El Fondo y UNLV verificarán el estatus de Elegibilidad de cada Empleado y Dependiente que aplique.
- UNLV seleccionará los beneficiarios del Beneficio de Beca. Se dará preferencia a Empleados Elegibles y Dependientes Elegibles que demuestren necesidad financiera en la FAFSA y a anteriores beneficiarios de la beca. Todas las determinaciones acerca de la adjudicación de becas se harán a la sola e independiente discreción de UNLV y serán finales y comprometedoras para todos los Empleados y Dependientes Elegibles. Todas las determinaciones específicamente acerca de los requisitos de elegibilidad descritos arriba en la sección titulada "Quien es Elegible para la Beca" se harán a la sola e independiente discreción del Fondo y serán comprometedoras para todos los Empleados y Dependientes.
- Los beneficiarios podrían volver a aplicar para un Beneficio de Beca en años subsecuentes, siempre que continúen cumpliendo con el criterio de Elegibilidad y permanezcan en regla con UNLV.
- Solicitantes a quienes no se adjudique un Beneficio de Beca siempre pueden volver a aplicar en años subsecuentes.
- El Beneficio de Beca se pagará solamente de la "Beca John Wilhelm" en UNLV que ha sido establecido por UNITE HERE HEALTH.

¿Cuáles son las exclusiones y limitaciones?

- El Beneficio de Beca no será pagable directamente al estudiante; se usará solamente para la matrícula en UNLV.
- Los Beneficios de Beca no cubren cursos de postgrado en UNLV.
- Los Beneficios de Beca no se garantizan para cada año. Las Becas no se adjudicarán si no hay solicitantes cualificados en un año particular o si hay insuficientes fondos en el fondo de la Beca.
- El pago será solamente por parte de la matrícula que excede cualquier otra asistencia financiera, tal como asistencia pública o privada, becas, o subsidios.
- Los Beneficios de Beca no pueden ser usados para cubrir cuotas de inscripción, cuotas del cuerpo estudiantil, cuotas de actividades, libros, suministros, equipo, herramientas, comidas, hospedaje, estacionamiento ni transportación.

¿Cuáles son sus derechos de apelación?

Si usted o su(s) Dependiente(s) Elegible(s) recibe(n) un aviso de denegación porque no cumple con los requisitos de elegibilidad indicados arriba en "Quien es Elegible para la Beca," puede apelar dicha determinación dentro de 60 días de recibir el aviso de denegación.