

Summary of Material Modifications (SMM)

This is a Summary of Material Modifications (SMM). It explains important changes and additions made to your benefits by the Board of Trustees of UNITE HERE HEALTH (UHH). **Most of these changes are effective as of January 1, 2020.** These updates may 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 contact the UNITE HERE HEALTH (UHH) Advocacy Team by calling **844-427-8516**, or emailing **akadvocacy@uhh.org**.

To protect you and your dependents during the coronavirus (COVID-19) pandemic, the Trustees have approved temporary changes to your benefits and eligibility. You will be notified when these temporary special benefits end. This SMM provides updates to programs the Fund previously announced. Because of the pandemic, you generally have more time to do certain things, like file or appeal a claim, enroll your new dependent, or elect COBRA and make COBRA self-payments. Call us for more information.

The Trustees have also approved other changes in your benefits (unrelated to COVID-19), also described in this SMM. The changes described in this SMM also affect your Summary of Benefits and Coverage (SBC). Remember, you can always get a copy of your SBC by calling the Fund.

Your Fund is taking care of you!

As of March 9, 2020, through the end of the COVID-19 national emergency as declared by the Department of Health and Human Services, you will not pay any cost-sharing (copays, deductibles, or coinsurance) for medically appropriate testing or medically necessary treatment for the coronavirus (COVID-19).

You pay no cost-sharing for any medically appropriate network or non-network testing for COVID-19 that is ordered by a healthcare provider. (“Testing” includes both tests to determine if you currently have the virus, or if you have antibodies to the virus.) In addition, if the primary purpose is to get the testing, you will not pay any cost-sharing for items and services related to the test, including, for example, in-person or telehealth office visits, urgent care center visits, and emergency room visits. However, your normal cost-sharing applies to visits, items, and services (other than the COVID-19 test), if the primary purpose of your visit isn’t to get or determine if you need to get a COVID-19 test.

You will also not pay any cost-sharing for medically necessary **treatment** of COVID-19.

All other Plan rules remain in effect, including what’s not covered. *Remember, the Fund will not pay amounts over the allowable charge* – if you use a non-network provider, you may have to pay those amounts even though you won’t have to pay your cost-sharing.

Your Fund is taking care of you! (continued)

As of March 19, 2020, you will not pay anything out-of-pocket for network telehealth office visits.

Many healthcare providers are encouraging patients not to leave their home and to instead call or schedule a video appointment. If your provider offers phone or video (telehealth) visits, the Fund will cover those visits. This means if you use a network provider, you will not pay anything out of pocket (\$0 copay) for the telehealth visit (as long as the Fund would have covered the same service through an in-person visit). However, if you use a non-network provider for telehealth visits, all the non-network benefits, cost-sharing and other rules apply.

You can also access telehealth services through Teladoc by following the instructions below. There is no cost to you for these services.

Teladoc

1-800-835-2362

Don't forget to use the mail-order pharmacy for your long-term drugs! Why?

- You can usually save money.
- Your drugs will be shipped directly to you – you won't have to leave home.

Call CVS Caremark at **866-818-6911** if you need help getting your prescription drugs.

Corrections to the Summary Plan Description (SPD)

Deductible

The term "annual deductible" will be referred to as "calendar year deductible" throughout the SPD.

Clarification to the SPD

Home Healthcare Services

Under the Home Healthcare Services, the frequency language is amended to read: 100 visits/ **calendar** year.

Providers in the Municipality of Anchorage

When you are within the Municipality of Anchorage, you must use the specific PPO provider for occupational therapy and speech therapy services, in addition to physical therapy services.

New Benefits

Check out these new benefits:

New Telehealth Provider!

As of January 1, 2020, telehealth services are provided by Teladoc. Teladoc lets you use your computer, cell phone or mobile device to get primary, behavioral health or dermatology services from a board-certified doctor 24 hours a day, 7 days a week. There's no charge for this great service.

Some reason to use Teladoc are:

- Sore throat
- Fever and flu
- Sinus problems and allergies
- Vomiting and diarrhea
- Get a prescription
- Dermatology (skin) issues
- Pediatric care
- Behavioral health visits

How to use Teladoc:

- Visit **Teladoc.com**
- Set up your account and follow the instructions
- Video visit with doctors

TelaDoc

1-800-Teladoc (1-800- 835-2362)
www.teladoc.com

Changes to Your Benefits

Dental Benefits

As of January 1, 2020, preventive and diagnostic dental services are covered at 100% of the Fund's allowable amount.

Life and AD&D Benefits

As of January 1, 2020, Dearborn National is known as Blue Cross Blue Shield of Illinois. You may still see the name Dearborn National on certain forms, etc.

Mammogram Screening

You can now get a routine mammogram screening with no copay earlier!

- One per calendar year for all women age 35 and older.
- One per calendar year for women under age 35 who are at high risk for breast cancer.

Changes to Your Benefits (continued)

Cervical Cancer Screening

Your preventive cervical cancer screening (pap smears) and HPV screenings are covered annually at all ages.

Credit Savings – Coordination of Benefits is no longer available for employees.

As of January 1, 2020, Participants with other health insurance coverage are no longer credited with any savings resulting from other coverage. Any amounts not used by the end of the 2019 calendar year are forfeited.

The hospital room rate has changed.

The Plan's benefits for a private hospital room rate are no longer limited to the semi-private room rate.

Definition of Eligible dependent

As of January 1, 2020, foster child(ren) are not included in the definition of eligible dependent children. Foster child(ren) covered prior to January 1, 2020 will be grandfathered.

Surgical treatment of obesity

Surgical treatment of obesity continues to be covered up to a \$50,000 lifetime maximum benefit. Any complications related to the surgery and medically necessary follow-up procedures will also be covered, but do not count towards the \$50,000 lifetime maximum benefit.

Wellness and Minor Care program

As of January 1, 2020, your \$20 copayment for Wellness and Minor Care program services (that are not preventive care) count towards your annual out-of-pocket maximum amount.

No more penalty for not obtaining prior authorization

As of January 1, 2020, the penalties for not getting prior authorization do not apply.

Other Important Information

Additional language added to Paragraph entitled "Limited retroactive terminations of coverage allowed" on Page B-19 of the Summary Plan Description as follows:

As otherwise permitted by law. In this case, 30 days' advance notice will be provided before the retroactive termination of coverage takes effect. The Person will have the right to appeal, as described in the Section titled "Claim Filing and Appeal Provisions."

Compliance with State and Federal Law

If any provision of this Plan Document is in conflict with any State or Federal law to which it is subject, it is hereby amended to conform to the minimum requirements of such law.

Resumen de Modificaciones al Material (SMM)

Este es un Resumen de Modificaciones al Material (SMM, por sus siglas en inglés). Explica importantes cambios y adiciones hechas a sus beneficios por la Junta de Fideicomisarios de UNITE HERE HEALTH (UHH). **La mayoría de estos cambios entraron en vigencia a partir del 1 de enero de 2020.** Estas actualizaciones pueden afectar la información en su Descripción Resumida del Plan (SPD, por sus siglas en inglés).

Por favor lea esta información cuidadosamente para que pueda entender sus beneficios. Asegúrese de mantener esto con su SPD. Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios, comuníquese con el Equipo de Consejería de UNITE HERE HEALTH (UHH) llamando al **844-427-8516** ó enviando un correo electrónico a **akadvocacy@uhh.org**.

Para protegerlo(a) a usted y a sus dependientes durante la pandemia del coronavirus (COVID-19), los Fideicomisarios han aprobado cambios temporales en sus beneficios y elegibilidad. Se le notificará cuando estos beneficios especiales temporales terminen. Este SMM proporciona actualizaciones a los programas que el Fondo anunció previamente. Debido a la pandemia, usted tiene más tiempo por lo general para hacer ciertas cosas, como presentar o apelar un reclamo, inscribir a su nuevo dependiente o elegir COBRA y realizar los autopagos de COBRA. Llámenos para más información.

Los Fideicomisarios también han aprobado otros cambios en sus beneficios (no relacionados con COVID-19), también descritos en este SMM. Los cambios descritos en este SMM también afectan su Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, por sus siglas en inglés). Recuerde, siempre puede obtener una copia de su SBC llamando al Fondo.

¡Su fondo le está cuidando!

A partir del 9 de marzo de 2020, y hasta el final de la emergencia nacional de COVID-19 según sea declarado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos, usted no pagará ningún costo compartido (copagos, deducibles, o coseguros) por las pruebas médicamente apropiadas o el tratamiento médicamente necesario para el coronavirus (COVID-19).

Usted no paga costos compartidos por ninguna prueba médicamente apropiada para COVID-19, realizada dentro de la red o fuera de la red, que haya ordenado un proveedor de cuidado médico. ("Prueba" incluye ambas pruebas para determinar si actualmente tiene el virus o si tiene anticuerpos contra el virus.) Además, si el objetivo principal es hacerse la prueba, usted no pagará ningún costo compartido por los artículos y servicios relacionados con la prueba, incluyendo, por ejemplo, consultas en persona o por telesalud, visitas a centros de cuidados urgentes y salas de emergencias. Sin embargo, su costo compartido normal se aplica a consultas, artículos y servicios (que no sean la prueba COVID-19), si el propósito principal de su visita no es obtener o determinar si necesita hacerse una prueba COVID-19.

Usted tampoco pagará ningún costo compartido por el **tratamiento** médicamente necesario de COVID-19.

Todas las demás reglas del Plan siguen vigentes, incluyendo las que no están cubiertas. *Recuerde, el Fondo no pagará montos superiores al cargo permitido* – si usted utiliza un proveedor que no está dentro de la red, es posible que deba pagar esos montos aunque no tenga que pagar su costo compartido.

¡Su fondo le está cuidando! (continúa)

A partir del 19 de marzo de 2020, usted no pagará nada de su bolsillo por consultas de telesalud dentro de la red.

Muchos proveedores de cuidado médico están exhortando a los pacientes a no salir de su casa y, en cambio, llamar o programar una cita por video. Si su proveedor ofrece consultas por teléfono o video (telesalud), el Fondo cubrirá esas consultas. Esto significa que si usted usa un proveedor de la red, no pagará nada de su bolsillo (\$0 de copago) por la consulta de telesalud (siempre que el Fondo hubiera cubierto el mismo servicio a través de una consulta en persona). Sin embargo, si usted utiliza un proveedor fuera de la red para consultas de telesalud, se aplicarán todos los beneficios fuera de la red, el costo compartido y otras reglas.

También puede acceder a los servicios de telesalud a través de Teladoc siguiendo las instrucciones a continuación. No hay ningún costo para usted por estos servicios.

Teladoc

1-800-835-2362

¡No olvide usar la farmacia de pedidos por correo para sus medicamentos de largo plazo! ¿Por qué?

- Puede ahorrar dinero por lo general.
- Se le enviarán los medicamentos directamente a usted, y no tendrá que salir de casa.

Llame a CVS Caremark al **866-818-6911** si necesita ayuda para obtener sus medicamentos recetados.

Correcciones a la Descripción Resumida del Plan (SPD)

Deducible

El término “deducible anual” se denominará “deducible por año calendario” en todo el SPD.

Aclaración al SPD

Servicios de Cuidado Médico en el Hogar

Bajo los servicios de cuidado médico en el hogar, el lenguaje de frecuencia se modifica para que diga: 100 visitas/año **calendario**.

Proveedores en la Municipalidad de Anchorage

Cuando usted se encuentre dentro de la Municipalidad de Anchorage, debe usar el proveedor PPO específico para los servicios de terapia ocupacional y del habla, además de los servicios de terapia física.

Nuevos Beneficios

Veamos estos nuevos beneficios:

¡Nuevo Proveedor de Telehealth!

A partir del 1 de enero de 2020, los servicios de telehealth son proporcionados por Teladoc. Teladoc le permite usar su computadora, teléfono celular o dispositivo móvil para obtener servicios de cuidado primario, salud de comportamiento, u de dermatología de un médico certificado por la junta las 24 horas del día, los 7 días de la semana. No hay ningún cargo por este gran servicio.

Algunas razones para usar Teladoc son:

- Dolor de garganta
- Fiebre y gripe
- Problemas de los senos nasales y alergias
- Vómito y diarrea
- Obtener una receta
- Problemas de dermatología (piel)
- Cuidado pediátrico
- Visitas de salud de comportamiento

Cómo usar Teladoc:

- Visite **Teladoc.com**
- Establezca su cuenta y siga las instrucciones
- Realice la visita por video con los doctores

TelaDoc

1-800-Teladoc (1-800- 835-2362)
www.teladoc.com

Cambios a sus beneficios

Beneficios Dentales

A partir del 1 de enero de 2020, los servicios dentales preventivos y de diagnóstico están cubiertos al 100% de la cantidad permitida del Fondo.

Beneficios de Vida y AD&D

A partir del 1 de enero de 2020, Dearborn National es conocido como Blue Cross Blue Shield of Illinois. Es posible que aún vea el nombre Dearborn National en ciertos formularios, etc.

Examen de mamografía

¡Ahora puede hacerse una mamografía de rutina sin copago más pronto!

- Una por año calendario para todas las mujeres mayores de 35 años.
- Una por año calendario para mujeres menores de 35 años que tienen un alto riesgo de cáncer de seno.

Cambios a sus beneficios (continuación)

Detección de Cáncer de Cuello Uterino

Su examen preventivo de detección de cáncer de cuello uterino (pruebas de Papanicolaou) y exámenes de detección de VPH están cubiertos anualmente a todas las edades.

Ahorro de crédito - la Coordinación de Beneficios ya no está disponible para los empleados.

A partir del 1 de enero de 2020, a los participantes con otra cobertura de seguro de salud ya no se les acreditará ningún ahorro resultante de otra cobertura. Cualquier cantidad no utilizada al final del año calendario 2019 se perderá.

La tarifa de la habitación del hospital ha cambiado.

Los beneficios del Plan para una tarifa de habitación de hospital privada ya no se limitan a la tarifa de habitación semiprivada.

Definición de dependiente elegible

A partir del 1 de enero de 2020, los niños de adopción temporal (foster children) no están incluidos en la definición de hijos dependientes elegibles. Los niños de adopción temporal cubiertos antes del 1 de enero de 2020 quedarán exentos.

Tratamiento quirúrgico para la obesidad

El tratamiento quirúrgico para la obesidad continúa cubierto hasta un beneficio máximo de por vida de \$50,000. Cualquier complicación relacionada con la cirugía y los procedimientos de seguimiento médicamente necesarios también estarán cubiertos, pero no cuentan para el beneficio máximo de por vida de \$50,000.

Programa de Bienestar y Cuidado de Menores

A partir del 1 de enero de 2020, su copago de \$20 para los servicios del programa de Bienestar y Cuidado de Menores (que no son atención preventiva) cuentan para su monto máximo de bolsillo anual.

No más penalidades por no obtener autorización previa

A partir del 1 de enero de 2020, no se aplican las sanciones por no obtener autorización previa.

Otra Información Importante

Se agregó lenguaje adicional al párrafo titulado “Límite de terminaciones retroactivas de cobertura permitidas ” en la página B-19 de la Descripción Resumida del Plan de la siguiente manera:

Según lo permitido por la ley. En este caso, se notificará con 30 días de anticipación antes de que la cancelación retroactiva de la cobertura entre en vigencia. La Persona tendrá derecho a apelar, como se describe en la Sección titulada “Disposiciones de presentación y apelación de reclamos”.

Cumplimiento de la ley estatal y federal

Si alguna disposición de este Documento del Plan está en conflicto con alguna ley estatal o federal a la que está sujeto, se modifica por la presente para cumplir con los requisitos mínimos de dicha ley.