PPO PLAN (BCBSIL): MEDICAL

Changes to your benefits effective June 1, 2020

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 (833) 637-3519.

New provider network

This change doesn't apply if your medical benefits are through a Kaiser HMO.

Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey (Horizon) will replace Blue Cross Blue Shield of Illinois as the medical network provider.

Be sure to use a network provider to save money!

(800) 810-2583 www.horizonblue.com		
	If you *(the employee)* live INSIDE New Jersey	**If you *(the employee)* live OUTSIDE OF New Jersey**
Your network for care INSIDE New Jersey	Horizon Direct Access	Horizon PPO
Your network for care OUTSIDE New Jersey	BlueCard PPO	BlueCard PPO

Updates to Your Benefits

Medical.....1-10

Dental.....10-22

Vision..... 23

Life Insurance... 24

***These changes only apply if you have the* PPO PLAN *with* BLUE CROSS BLUE SHIELD OF ILLINOIS**

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

(833) 637-3519 • 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.

PPO PLAN (BCBSIL): MEDICAL *(continued)*

New prior authorization program

This change doesn't apply if your medical benefits are through a Kaiser HMO.

This section replaces the prior authorization program section in your SPD.

✓ *Make sure you or your doctor call before getting care!*

The prior authorization program is designed to help make sure you and your dependents get the right care in the right setting. It helps make sure you don't get unnecessary medical care and helps you manage complex or long-term medical conditions. The prior authorization program includes mandatory prior authorization of certain types of care to help you and your doctor make decisions about your healthcare.

IMPORTANT PHONE NUMBERS FOR PRIOR AUTHORIZATION

To get prior authorization for	Call
Outpatient diagnostic imaging, cardiology, radiation therapy, and genetic testing	eviCore **(866) 496-6200**
Hospital pre-admission review *(medical/surgical and behavioral health),* emergency admission review, and certain outpatient services and supplies	Horizon **(866) 899-0626**

The prior authorization program is not medical advice. You are still responsible for making any decisions about medical matters. UNITE HERE HEALTH, your health fund ("the Fund"), is not responsible for any consequences resulting from decisions you or your provider make based on the prior authorization program or the Plan's determination of the benefits it will pay.

PPO PLAN (BCBSIL): MEDICAL *(continued)*

Get prior authorization for certain services and supplies

You or your healthcare provider must get prior authorization before you get any of the types of care listed in "When to call for prior authorization." When you use a Horizon network provider (a network provider located in New Jersey), he or she is required to get the prior authorization for you.

If you use a BlueCard network provider (a network provider located outside of New Jersey) or a non-network provider, *you are responsible for getting the prior authorization*. If you don't get prior authorization before getting these types of care, your claim may be denied. Making sure you get prior authorization first helps you avoid surprise medical bills. **If you get treatment, services, or supplies that are not approved, not covered, or are not medically necessary, you pay 100% of your care.**

EviCore may reach out to you to help you schedule your appointment at the best-value imaging location nearest you. You can also call eviCore and get help scheduling basic radiology services that don't require prior authorization.

- ✓ Prior authorization does not guarantee eligibility for benefits. The payment of Plan benefits is subject to all Plan rules, including but not limited to eligibility, cost sharing, and exclusions.

When to call for prior authorization

- ✓ *The prior authorization lists may change from time to time. Contact the Fund at (833) 637-3519 for the most up-to-date information.*

PPO PLAN (BCBSIL): MEDICAL *(continued)*

You or your healthcare provider must get prior authorization before any of the following:

Horizon (866) 899-0626	**eviCore** (866) 496-6200
• Any inpatient admission, regardless of the type of facility or care, including but not limited to skilled nursing facility care, hospice, and residential treatment • Non-emergent air ambulance transportation • Bariatric/gastric bypass and morbid obesity procedures • Clinical trials • Cosmetic or potentially cosmetic procedures, including dermatology and varicose vein services • Durable medical equipment over $500 *(including breast pumps costing over $500)* • Gender reassignment surgical services and certain hormone therapy • Habilitative therapy for children with autism spectrum disorder • Home health care services, including all skilled services in the home • Home hospice services • Home infusion services • Hyperbaric oxygen therapy • Medical foods • Prosthetics and orthotics over $500 • Specialty pharmaceuticals *(certain medical injectables)* • Transplant services, except for corneal transplants • Travel and lodging	• Radiology services: ➤ CT and CTA scans *(computed tomography and computed tomography angiography)* ➤ MRA and MRI *(magnetic resonance imaging or magnetic resonance angiography)* ➤ PET and PET-CT *(positron emission tomography)* ➤ Nuclear medicine ➤ Nuclear cardiac imaging • Cardiology services: ➤ Diagnostic heart catheterization ➤ Cardiac CT and MRI ➤ Echocardiography: transthoracic and transesophageal ➤ Myocardial perfusion imaging *(SPECT and PET)* ➤ Stress testing ➤ Stress echocardiography • Radiation therapy • Genetic testing *(molecular and genomic testing)*

You must contact Horizon or eviCore, as applicable, before getting any of the above types of services and supplies, or being admitted as an inpatient. This list changes from time to time. Contact the Fund at (833) 637-3519 for the most up-to-date information.

PPO PLAN (BCBSIL): MEDICAL *(continued)*

For emergency admissions, be sure to call no later than the first business day following the admission. No prior authorization is required for emergency medical treatment you get in an emergency room or while you are in observation in the hospital.

If you are hospitalized because you are having a baby, you do not need to call Horizon for prior authorization unless your stay will be longer than 48 hours following a vaginal childbirth, or 96 hours following a Cesarean section. This protection under the Newborns' and Mothers' Health Protection Act (NMHPA) also means your benefits are not restricted during the 48-hour period (or 96-hour period, as applicable)

However, NMHPA doesn't prohibit your (or your newborn's) attending provider from discharging you or your newborn earlier than 48 hours (or 96 hours as applicable), after consulting with you first.

See "Appealing a denied claim for prior authorization" for information about when the applicable entity must respond to your request for prior authorization and information about how to appeal a prior authorization denial.

Case management program

You and your dependents may be eligible for the case management program under certain circumstances, including if you have a complex or chronic medical condition. You may be contacted to participate in case management, but you or your healthcare provider can also request case management services. Horizon provides case management services.

If you are selected for the case management program, a case manager will work with you and your healthcare providers to create a treatment plan and help you manage your care. The goal of case management is to make sure that your healthcare needs are met while helping you work toward the best possible health outcome.

The case manager may recommend treatments, services, or supplies that would not normally be covered but are medically appropriate and more cost-effective than the original treatment proposed by your healthcare provider. UNITE HERE HEALTH, at its discretion and in its sole authority, may approve coverage for those alternatives.

PPO PLAN (BCBSIL): MEDICAL *(continued)*

Appealing a denied claim for prior authorization

This section replaces the prior authorization program appeals section in your SPD.

Two levels of appeal for prior authorization denials under the PPO benefits

First level of appeal

All appeals for claims denied under the prior authorization program (prior authorization denials, denials based on retrospective review, extensions of treatment beyond limits previously approved, and post-service claim denials) must be sent within 12 months of your receipt of the claim denial to:

For denials issued through eviCore:

eviCore
Attn: Clinical Appeals, Mail Stop 600
400 Buckwalter Place Boulevard
Bluffton, SC 29910

For all other denials:

Horizon Blue Cross and Blue Shield of New Jersey
P. O. Box 317
Newark, NJ 07101

Second level of appeal

If all or any part of the original denial is upheld (meaning that the claim is still denied, in whole or in part, after your first appeal) and you still think the claim should be paid, you or your authorized representative must submit a second appeal of a prior authorization denial within 45 days of the date the first level denial was upheld to:

The Appeals Subcommittee
UNITE HERE HEALTH
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504

See your SPD for more information about when decisions must be made on your claim or appeals, as well as for information about external reviews if your claim is denied in whole or in part after the second appeal.

PPO PLAN (BCBSIL): MEDICAL *(continued)*

PPO benefit changes

This change doesn't apply if your medical benefits are through a Kaiser HMO. Contact UNITE HERE HEALTH if you aren't sure which medical benefit option you are in.

Your benefits are changing as of June 1, 2020. See the applicable section for more information about your cost-sharing. (Contact us if you aren't sure which benefit option you are in.)

Gold+ benefit changes as of June 1, 2020

Benefit	You Pay			
	Network Provider		Non-Network Provider	
	Was	*Now*	*Was*	*Now*
Acupuncture *(Limited to 12 visits/year)*	Not covered	$20/visit	Not covered	Not covered
Routine podiatry *(Limited to 4 visits/year)*	Not covered	$20/visit	Not covered	Not covered
Non-emergency care provided in an emergency room	50%	50%	Not covered	50%
Home health care *(Limited to 60 visits/year)*	$10/visit	$0	50%	50%
Habilitative therapy for children with autism *(Limited to 30 hours/week)*	Not covered	$20/day of treatment	Not covered	50%
Prosthetics and orthotics *(Clarification)*		20%		50%

Summary of Gold+ Changes

- Up to 12 network acupuncture visits will be covered each year.
- Up to 4 network routine podiatry visits will be covered each year.
- Emergency room benefits for non-emergency treatment will be paid at 50%, regardless of whether you use a network or non-network facility.

  Previously, emergency room benefits for routine care was not covered at all if you used a non-network facility.
- No copay ($0 copay) will apply to network home health care. The 30-visit annual limit will increase to 60 visits (network and non-network combined).
- Up to 30 hours per week of habilitative therapy for children with autism will be covered (network and non-network combined). See your SPD for other rules that apply to this type of treatment.
- Your prosthetics and orthotics (other than podiatric orthotics) cost-sharing is clarified.

PPO PLAN (BCBSIL): MEDICAL *(continued)*

Silver+ benefit changes as of June 1, 2020

Benefit	You Pay			
	Network Provider		Non-Network Provider	
	Was	*Now*	*Was*	*Now*
Acupuncture *(Limited to 12 visits/year)*	Not covered	$25/visit	Not covered	Not covered
Routine podiatry *(Limited to 4 visits/year)*	Not covered	$25/visit	Not covered	Not covered
Non-emergency care provided in an emergency room	50% after deductible	50% after deductible	Not covered	50% after deductible
Home health care *(Limited to 60 visits/year)*	$15/visit	$0	50% after deductible	50% after deductible
Habilitative therapy for children with autism *(Limited to 30 hours/week)*	Not covered	$20/day of treatment	Not covered	50% after deductible
Prosthetics and orthotics *(Clarification)*		30% after deductible		50% after deductible

Summary of Silver+ Changes

- Up to 12 network acupuncture visits will be covered each year.
- Up to 4 network routine podiatry visits will be covered each year.
- Emergency room benefits for non-emergency treatment will be paid at 50% (after deductible), regardless of whether you use a network or non-network facility.

  Previously, emergency room benefits for routine care was not covered at all if you used a non-network facility.
- No copay ($0 copay) will apply to network home health care. The 30-visit annual limit will increase to 60 visits (network and non-network combined).
- Up to 30 hours per week of habilitative therapy for children with autism will be covered (network and non-network combined). See your SPD for other rules that apply to this type of treatment.
- Your prosthetics and orthotics (other than podiatric orthotics) cost-sharing is clarified.

PPO PLAN (BCBSIL): MEDICAL *(continued)*

Use MD Anderson at Cooper for your cancer care and save!

This change doesn't apply if your medical benefits are through a Kaiser HMO. Contact UNITE HERE HEALTH if you aren't sure which medical benefit option you are in.

If you live or work in the Atlantic City area, your Fund is giving you a new way to save money on your cancer care.

Effective June 1, 2020, MD Anderson Cancer Center at Cooper (MD Anderson at Cooper) is the preferred provider for cancer care services. Covered care from MD Anderson at Cooper for a cancer diagnosis is free to you. You pay $0 (no deductible, coinsurance, or copay).

Together, UNITE HERE HEALTH and MD Anderson at Cooper will help you get the broad range of services you need. When you join this cancer care program, you get care coordination and dedicated resources to help you manage your healthcare during this challenging time.

You may even be able to get free rides to certain MD Anderson at Cooper locations.

Which services aren't free at MD Anderson at Cooper?

The $0 copay doesn't apply to the following:

- Ambulance transportation.
- Services you get from MD Anderson at Cooper that aren't for your cancer diagnosis. For example, if you go to the emergency room at MD Anderson at Cooper for treatment for a broken leg (unrelated to cancer), you will pay the Plan's usual copayment, deductible, and coinsurance required for emergency room services.

Which MD Anderson at Cooper locations can I go to?

MD Anderson at Cooper has several locations. You can get complete cancer care services in Camden, New Jersey and many services in Egg Harbor Township. Services are also available in Voorhees, Willingboro, and other local offices.

PPO PLAN (BCBSIL): MEDICAL *(continued)*

MD Anderson at Cooper locations:

- Two Cooper Plaza, Camden NJ 08103
- 303 Central Ave., Suite 4, Unit B, Egg Harbor Township, NJ 08234
- Other offices throughout the Philadelphia-South Jersey area

What other important information should I know?

The Plan's rules about what's covered, what's not covered, and any prior authorization requirements still apply to services you get from MD Anderson at Cooper.

At this time, MD Anderson at Cooper doesn't treat pediatric patients, or certain cancers like ocular cancer or bone marrow cancer.

To find out more and join the program, call the Fund.

PPO PLAN (BCBSIL): DENTAL

Changes to the dental PPO benefits means better dental benefits for you and your family

This change only applies if you enrolled in the dental PPO benefits.

Your dental PPO 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.

PPO PLAN (BCBSIL): DENTAL *(continued)*

The following language replaces the dental PPO benefits 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 *(non-ortho)* Treatment	$2,000 per person	
Lifetime Maximum Benefit for Orthodontic Treatment	$2,500 per person	
Calendar Year Deductible	None	
	What You Pay for Your Covered Dental Care	
Diagnostic and Preventive Services *(Examples: oral exams, emergency palliative care, x-rays, routine cleaning, fluoride treatment, sealants, space maintainers)*	$0	30%
Minor Restorative Services *(Example: fillings)*	$0	30%
Endodontic Services *(Example: root canals)*	20%	40%
Periodontic Services *(Examples: scaling and root planing, full-mouth debridement, periodontal (gum) maintenance, certain surgical periodontal services)*	20%	40%
Oral Surgery *(Examples: extractions (simple and surgical), certain sedation procedures)*	20%	40%

PPO PLAN (BCBSIL): DENTAL *(continued)*

DENTAL PPO BENEFITS

Description of Services	Delta Dental PPO Network Providers	Delta Dental Premier Dentists and Non-Network Providers
Prosthodontic Maintenance *(Examples: adjustments and repairs to dentures)*	20%	40%
Prosthodontic Services *(Examples: complete or partial dentures, bridges)*	50%	60%
Major Restorative Services *(Examples: onlays, crowns, harmful habit appliances, athletic mouth guards)*	50%	60%
Implants	50%	60%
Orthodontic Treatment	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.

PPO PLAN (BCBSIL): DENTAL *(continued)*

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.

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.

PPO PLAN (BCBSIL): DENTAL *(continued)*

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.
- 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.

PPO PLAN (BCBSIL): DENTAL *(continued)*

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.
- 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).

PPO PLAN (BCBSIL): DENTAL *(continued)*

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.

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.

PPO PLAN (BCBSIL): DENTAL *(continued)*

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
- 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.

PPO PLAN (BCBSIL): DENTAL *(continued)*

- 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.
- 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.

PPO PLAN (BCBSIL): DENTAL *(continued)*

- 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.
- 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.

PPO PLAN (BCBSIL): DENTAL *(continued)*

- 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.

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.

PPO PLAN (BCBSIL): DENTAL *(continued)*

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

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."

PPO PLAN (BCBSIL): DENTAL *(continued)*

Changes to the Dental HMO benefits

This change applies if you are in the Dental HMO benefits or the dental benefits under the free family dental/vision benefits.

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

PPO PLAN (BCBSIL): VISION

Corrections to the Vision+ benefits

This change only applies if you are enrolled in the vision+ benefits. Contact UNITE HERE HEALTH if you aren't sure which vision benefit option you are in.

The following corrections are made to the vision+ benefits section of your SPD:

- If you use a network provider, polycarbonate lenses are covered in full for children through the end of the month in which they turn 26.
- The following exclusions apply:
  - Refitting of contact lenses after the initial 90-day fitting period.
  - Services associated with corneal refractive therapy (CRT) or orthokeratology.
- Low vision benefits:
  - VSP will cover a maximum of two low vision tests within a 2-year period (network and non-network combined).
  - If you get low vision exams from a non-network provider, VSP will pay up to $125/exam.

PPO PLAN (BCBSIL): LIFE and AD&D

New life insurance benefit option

As of June 1, 2020, a new life and accidental death and dismemberment (AD&D) benefit option is added to the choices for collective bargaining. Only employees are eligible for the life and AD&D benefits.

Contact UNITE HERE HEALTH if you're not sure which life and AD&D benefit option (if any) you have.

Event	Amount of Benefit	Who Receives
$50,000 option		
Life Insurance	$50,000	Your beneficiary
AD&D Insurance *(full amount)*		You *(or your beneficiary if you die)*

Your AD&D benefit for a loss (death or dismemberment) within 365 days of an accident		
Event	**$50,000 option**	**Who Receives**
Death	$50,000	Your beneficiary
Loss of both hands or feet		You
Loss of sight in both eyes		
Loss of one hand and one foot		
Loss of one hand and sight in one eye		
Loss of one hand or one foot	$25,000	
Loss of the sight in one eye		
Loss of index finger and thumb on same hand	$12,500	

See your SPD for more information about how your life and AD&D benefits work, including who insures the benefit, how to convert your life insurance, how to file a claim, and any exclusions and limitations.

HMO PLAN (KAISER): DENTAL

Changes to the dental PPO benefits means better dental benefits for you and your family

This change only applies if you enrolled in the dental PPO benefits.

Your dental PPO 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.....1-13
Vision..... 14
Life Insurance... 15

These changes only apply if you have the HMO PLAN *with* KAISER PERMANENTE

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
(833) 637-3519 • 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.

HMO PLAN (KAISER): DENTAL *(continued)*

The following language replaces the dental PPO benefits 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 *(non-ortho)* Treatment	$2,000 per person	
Lifetime Maximum Benefit for Orthodontic Treatment	$2,500 per person	
Calendar Year Deductible	None	
	What You Pay for Your Covered Dental Care	
Diagnostic and Preventive Services *(Examples: oral exams, emergency palliative care, x-rays, routine cleaning, fluoride treatment, sealants, space maintainers)*	$0	30%
Minor Restorative Services *(Example: fillings)*	$0	30%
Endodontic Services *(Example: root canals)*	20%	40%
Periodontic Services *(Examples: scaling and root planing, full-mouth debridement, periodontal (gum) maintenance, certain surgical periodontal services)*	20%	40%
Oral Surgery *(Examples: extractions (simple and surgical), certain sedation procedures)*	20%	40%

HMO PLAN (KAISER): DENTAL *(continued)*

DENTAL PPO BENEFITS		
Description of Services	**Delta Dental PPO Network Providers**	**Delta Dental Premier Dentists and Non-Network Providers**
Prosthodontic Maintenance *(Examples: adjustments and repairs to dentures)*	20%	40%
Prosthodontic Services *(Examples: complete or partial dentures, bridges)*	50%	60%
Major Restorative Services *(Examples: onlays, crowns, harmful habit appliances, athletic mouth guards)*	50%	60%
Implants	50%	60%
Orthodontic Treatment	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.

HMO PLAN (KAISER): DENTAL *(continued)*

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.

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.

HMO PLAN (KAISER): DENTAL *(continued)*

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.
- 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.

HMO PLAN (KAISER): DENTAL *(continued)*

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.
- 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).

HMO PLAN (KAISER): DENTAL *(continued)*

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.

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.

HMO PLAN (KAISER): DENTAL *(continued)*

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
- 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.

HMO PLAN (KAISER): DENTAL *(continued)*

- 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.
- 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.

HMO PLAN (KAISER): DENTAL *(continued)*

- 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.
- 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.

HMO PLAN (KAISER): DENTAL *(continued)*

- 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.

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.

HMO PLAN (KAISER): DENTAL *(continued)*

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

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."

HMO PLAN (KAISER): DENTAL *(continued)*

Changes to the Dental HMO benefits— Effective June 1, 2020

This change applies if you are in the Dental HMO benefits or the dental benefits under the free family dental/ vision benefits.

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

HMO PLAN (KAISER): VISION

Corrections to the Vision+ benefits

This change only applies if you are enrolled in the vision+ benefits. Contact UNITE HERE HEALTH if you aren't sure which vision benefit option you are in.

The following corrections are made to the vision+ benefits section of your SPD:

- If you use a network provider, polycarbonate lenses are covered in full for children through the end of the month in which they turn 26.
- The following exclusions apply:
  - Refitting of contact lenses after the initial 90-day fitting period.
  - Services associated with corneal refractive therapy (CRT) or orthokeratology.
- Low vision benefits:
  - VSP will cover a maximum of two low vision tests within a 2-year period (network and non-network combined).
  - If you get low vision exams from a non-network provider, VSP will pay up to $125/exam.

HMO PLAN (KAISER): LIFE and AD&D

New life insurance benefit option— Effective June 1, 2020

As of June 1, 2020, a new life and accidental death and dismemberment (AD&D) benefit option is added to the choices for collective bargaining. Only employees are eligible for the life and AD&D benefits.

Contact UNITE HERE HEALTH if you're not sure which life and AD&D benefit option (if any) you have.

Event	Amount of Benefit	Who Receives
$50,000 option		
Life Insurance	$50,000	Your beneficiary
AD&D Insurance *(full amount)*		You *(or your beneficiary if you die)*

Your AD&D benefit for a loss (death or dismemberment) within 365 days of an accident		
Event	**$50,000 option**	**Who Receives**
Death	$50,000	Your beneficiary
Loss of both hands or feet		You
Loss of sight in both eyes		
Loss of one hand and one foot		
Loss of one hand and sight in one eye		
Loss of one hand or one foot	$25,000	
Loss of the sight in one eye		
Loss of index finger and thumb on same hand	$12,500	

See your SPD for more information about how your life and AD&D benefits work, including who insures the benefit, how to convert your life insurance, how to file a claim, and any exclusions and limitations.

PPO PLAN (BCBSIL): MÉDICA

Cambios a sus beneficios a partir del 1 de junio de 2020

Los cambios descritos en este SMM también afectan su Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC). Recuerde, usted siempre puede obtener una copia de su SBC llamando al (833) 637-3519.

Nueva red de proveedores

Este cambio no aplica si sus beneficios son a través de un Kaiser HMO.

Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey (Horizon) reemplazará a Blue Cross Blue Shield of Illinois como el proveedor de la red médica.

¡Asegúrese de usar un proveedor de red para ahorrar dinero!

(800) 810-2583 www.horizonblue.com		
	Si usted *(el empleado)* vive DENTRO de Nueva Jersey	Si usted *(el empleado)* vive fuera de Nueva Jersey
Su red de atención DENTRO de Nueva Jersey	Horizon Direct Access	Horizon PPO
Su red de atención FUERA de Nueva Jersey	BlueCard PPO	BlueCard PPO

Cambios a Sus Beneficios

Médica.....1-10

Dental.....10-23

Visión..... 24

Seguro de Vida..... 25

***Estos cambios sólo aplica si usted tiene el* PLAN PPO *con* BLUE CROSS BLUE SHIELD DE ILLINOIS**

Ahorre tiempo, conéctese en línea
Visite su portal de miembros
www.uhh.org/member
para ver sus beneficios, solicitar una tarjeta de identificación, ¡y más!

UNITE HERE HEALTH

(833) 637-3519 • www.uhh.org/fsp

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

Este documento presenta un Resumen de las modi caciones 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 modi caciones en los bene cios 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 bene cios presentes en la SPD y puede incluir modi caciones y bene cios 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.

PPO PLAN (BCBSIL): MÉDICA *(continuación)*

Nuevo programa de autorización previa

Este cambio no aplica si sus beneficios médicos son a través de un Kaiser HMO.

Esta sección reemplaza la sección del programa de autorización previa en su SPD.

✓ ¡Asegúrese de que usted o su médico llamen antes de recibir atención!

El programa de autorización previa está diseñado para ayudar a garantizar que usted y sus dependientes reciban la atención adecuada en el entorno adecuado. Esto ayuda a asegurar que no reciba atención médica innecesaria y le ayuda a manejar afecciones médicas complejas o de largo plazo. El programa de autorización previa incluye la autorización previa obligatoria de ciertos tipos de atención para ayudarlo a usted y a su doctor a tomar decisiones sobre su atención médica.

NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES PARA AUTORIZACIÓN PREVIA

Para obtener autorización previa para	Llame a
Centro de diagnóstico por imágenes, cardiología, terapia de radiación, y pruebas genéticas para pacientes ambulatorios	eviCore **(866) 496-6200**
Revisión previa a la admisión hospitalaria *(salud médica/quirúrgica y conductual),* revisión de admisión de emergencia y ciertos servicios y suministros ambulatorios	Horizon **(866) 899-0626**

El programa de autorización previa no es un asesoramiento médico. Usted aún es responsable de tomar cualquier decisión sobre asuntos médicos. UNITE HERE HEALTH, su fondo de salud, ("el Fondo") no es responsable de las consecuencias derivadas de las decisiones que usted o su proveedor tomen en función del programa de autorización previa o la determinación del Plan sobre los beneficios que pagará.

PPO PLAN (BCBSIL): MÉDICA *(continuación)*

Obtenga autorización previa para ciertos servicios y suministros

Usted o su proveedor de atención médica deben obtener una autorización previa antes de recibir cualquiera de los tipos de atención enumerados en "Cuándo llamar para una autorización previa". Cuando utiliza un proveedor de la red Horizon (un proveedor de la red ubicado en Nueva Jersey), se requiere que dicho proveedor obtenga la autorización previa para usted.

Si utiliza un proveedor de la red BlueCard (un proveedor de la red ubicado fuera de Nueva Jersey) o un proveedor fuera de la red *usted es responsable de obtener la autorización previa.* Si no obtiene autorización previa antes de que reciba estos tipos de atención, su reclamo puede ser denegado. Asegurarse de que primero se llame para obtener autorización previa lo ayuda a evitar facturas médicas sorpresivas. **Si usted recibe tratamiento, servicios o suministros que no están aprobados, no están cubiertos, o que no son médicamente necesarios, usted paga el 100% de su atención.**

EviCore puede comunicarse con usted para ayudarlo a programar su cita en el centro de diagnóstico por imágenes al mejor precio más cercano a usted. También puede llamar a eviCore y obtener ayuda para programar servicios básicos de radiología que no requieren autorización previa.

- ✓ La autorización previa no garantiza la elegibilidad para los beneficios. El pago de los beneficios del Plan está sujeto a todas las reglas del Plan, incluyendo, entre otros, la elegibilidad, costo compartido y exclusiones.

Cuándo debe llamar para autorización previa

- ✓ *Las listas de autorización previa pueden cambiar de un momento a otro. Comuníquese con el Fondo al (833) 637-2219 para obtener la información más actualizada.*

PPO PLAN (BCBSIL): MÉDICA *(continuación)*

Usted o su proveedor de atención médica deben obtener autorización previa antes de cualquiera de los siguientes:

Horizon (866) 899-0626	**eviCore** (866) 496-6200
• Cualquier ingreso hospitalario, independientemente del tipo de centro o atención, que incluye, entre otros, atención en un centro de enfermería especializada, cuidados paliativos y tratamiento residencial • Transporte de ambulancia aérea no de emergencia • Bypass bariátrico/gástrico y procedimientos de obesidad mórbida • Ensayos clínicos • Procedimientos cosméticos o potencialmente cosméticos, incluidos servicios de dermatología y venas varicosas • Equipo médico de uso a largo plazo, no desechable de más de $500 *(incluidos los extractores de leche que cuestan más de $500)* • Servicios quirúrgicos de reasignación de género y cierta terapia hormonal • Terapia de habilitación para niños con trastorno del espectro autista • Servicios de atención médica a domicilio, incluyendo todos los servicios especializados en el hogar • Servicios paliativos *(hospicio)* a domicilio. • Servicios de infusión a domicilio • Terapia de oxigenoterapia hiperbárica • Alimentos médicos • Prótesis y aparatos ortopédicos de más de $500 • Productos farmacéuticos especializados *(ciertas medicinas inyectables)* • Servicios de trasplante, excepto trasplantes de córnea • Transporte y alojamiento	• Servicios de Radiología: ➤ Tomografía computarizada y CTA *(tomografía computarizada y angiografía por tomografía computarizada)* ➤ MRA y MRI *(resonancia magnética o angiografía por resonancia magnética)* ➤ PET y PET-CT *(tomografía por emisión de positrones)* ➤ Medicina Nuclear ➤ Imagen nuclear cardíaca • Servicios de cardiología: ➤ Cateterismo cardíaco de diagnóstico ➤ CT cardíaca y resonancia magnética ➤ Ecocardiografía: transtorácica y transesofágica ➤ Imagen de perfusión miocárdica *(SPECT and PET)* ➤ Pruebas de estrés ➤ Ecocardiografía de estrés • Terapia de radiación • Pruebas genéticas *(pruebas moleculares y genómicas)*

PPO PLAN (BCBSIL): MÉDICA *(continuación)*

Usted debe comunicarse con Horizon o eviCore, según corresponda, antes de obtener cualquiera de los tipos de servicios y suministros anteriores, o de ser admitido como paciente hospitalizado. Esta lista cambia de vez en cuando. Comuníquese con el Fondo al (833) 637-3519 para obtener la información más actualizada.

Para admisiones de emergencia, asegúrese de llamar a más tardar el primer día hábil siguiente a la admisión. No se requiere autorización previa para el tratamiento médico de emergencia que recibe en una sala de emergencias o mientras está en observación en el hospital.

Si está hospitalizada porque va a dar a luz, no tiene que llamar a Horizon para autorización previa a menos que su estadía sea superior a 48 horas para un parto normal, o 96 horas para una cesárea. Esta protección bajo la Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y Madres (NMHPA por sus siglas en inglés) también significa que sus beneficios no están restringidos durante el período de 48 horas (o el período de 96 horas, según corresponda).

Sin embargo, NMHPA no prohíbe que su proveedor de atención (o el de su recién nacido) le den de alta a usted o a su recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda), después de consultarlo con usted primero.

Consulte "Apelación de un reclamo denegado para autorización previa" para obtener información sobre cuándo la entidad correspondiente debe responder a su solicitud de autorización previa e información sobre cómo apelar una denegación de autorización previa.

Administración de casos (Case management)

Usted y sus dependientes pueden ser elegibles para el programa de administración de casos bajo ciertas circunstancias, incluso si tiene una afección médica compleja o crónica. Es posible que lo contactemos para participar en la administración de casos, pero usted o su proveedor de atención médica también pueden solicitar servicios de administración de casos. Horizon proporciona servicios de administración de casos (Case management).

Si es seleccionado para el programa de administración de casos, un administrador de casos trabajará con usted y sus proveedores de atención médica para crear un plan de tratamiento y ayudarlo a administrar su atención. El objetivo de la administración de casos es asegurarse de que se satisfagan sus necesidades de atención médica mientras le ayuda a trabajar para lograr el mejor resultado de salud posible.

El administrador de casos puede recomendar tratamientos, servicios o suministros que normalmente no estarían cubiertos, pero que son médicamente apropiados y más rentables que el tratamiento original propuesto por su proveedor de atención médica. UNITE HERE HEALTH, a su discreción y bajo su única autoridad, puede aprobar la cobertura de esas alternativas.

PPO PLAN (BCBSIL): MÉDICA *(continuación)*

Apelar un reclamo denegado para autorización previa

Esta sección reemplaza la sección de apelaciones del programa de autorización previa en su SPD.

Este cambio no aplica si sus beneficios son a través de un Kaiser HMO.

Primer nivel de apelación.

Todas las apelaciones por reclamos rechazados bajo el programa de autorización previa (rechazos de autorización previa, rechazos basados en una revisión retrospectiva, extensiones de tratamiento más allá de los límites previamente aprobados y rechazos de reclamos posteriores al servicio) deben enviarse dentro de los 12 meses posteriores a la recepción del rechazo del reclamo a:

Para negaciones emitidas a través de eviCore:

eviCore
Attn: Clinical Appeals, Mail Stop 600
400 Buckwalter Place Boulevard
Bluffton, SC 29910

Para todas las demás negaciones:

Horizon Blue Cross and Blue Shield of New Jersey
P. O. Box 317
Newark, NJ 07101

Segundo nivel de apelación

Si se confirma la denegación original total o parcial (lo que significa que el reclamo sigue siendo denegado, en su totalidad o en parte, después de su primera apelación) y usted aún cree que el reclamo debe pagarse, usted o su representante autorizado deben presentar una segunda apelación de una denegación de autorización previa dentro de los 45 días posteriores a la fecha en que se confirmó la denegación de primer nivel a:

The Appeals Subcommittee (El Subcomité de Apelaciones)
UNITE HERE HEALTH
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504

Consulte su SPD para obtener más información sobre cuándo se deben tomar decisiones sobre su reclamo o apelaciones, así como para obtener información sobre revisiones externas si su reclamo se rechaza total o parcialmente después de la segunda apelación.

PPO PLAN (BCBSIL): MÉDICA *(continuación)*

Cambio de beneficios PPO

Este cambio no aplica si sus beneficios médicos son a través de un Kaiser HMO. Póngase en contacto con UNITE HERE HEALTH si no está seguro en qué opción de beneficios médicos se encuentra.

Sus beneficios están cambiando a partir del 1 de junio de 2020. Consulte la sección correspondiente para obtener más información sobre su costo compartido. (Póngase en contacto con nosotros si no está seguro en qué opción de beneficios se encuentra.)

Gold+ Cambios de beneficios a partir del 1 de junio de 2020

Beneficio	*Usted Paga*			
	Proveedor de la red		Proveedores Fuera de la Red	
	Era	*Ahora*	*Era*	*Ahora*
Acupuntura *(Limitado a 12 visitas/año)*	No cubierto	$20/visita	No cubierto	No cubierto
Podología de rutina *(Limitado a 4 visitas/año)*	No cubierto	$20/visita	No cubierto	No cubierto
Atención no urgente en una sala de emergencias	50%	50%	No cubierto	50%
Cuidados de salud en el hogar *(Limitado a 60 visitas/año)*	$10/visita	$0	50%	50%
Terapia de habilitación para niños con autismo *(Limitado a 30 horas/semana)*	No cubierto	$20/día del tratamiento	No cubierto	50%
Prótesis y ortesis *(Clarificación)*		20%		50%

Resumen de los cambios Gold+

- Se cubrirán hasta 12 visitas de acupuntura dentro de la red cada año.
- Se cubrirán hasta 4 visitas de podología de rutina dentro de la red cada año.
- Los beneficios de sala de emergencia para tratamiento que no sea de emergencia se pagarán al 50%, independientemente de si usted utiliza un centro dentro o fuera de la red.
  Anteriormente, los beneficios de la sala de emergencias para la atención de rutina no estaban cubiertos en absoluto si utilizaba un centro fuera de la red.
- No se aplicará copago (copago de $0) para los cuidados de salud en el hogar de la red.
  El límite anual de 30 visitas aumentará a 60 visitas (combinadas dentro y fuera de la red).
- Se cubrirán hasta 30 horas semanales de terapia de habilitación para niños con autismo (combinadas dentro y fuera de la red). Consulte su SPD para conocer otras reglas que se aplican a este tipo de tratamiento.
- Se aclara su costo compartido para prótesis y ortesis (que no sean ortesis podiátricas).

PPO PLAN (BCBSIL): MÉDICA *(continuación)*

Silver+ Cambios de beneficios a partir del 1 de junio de 2020

Beneficio	*Usted Paga*			
	Proveedor de la red		Proveedores Fuera de la Red	
	Era	*Ahora*	*Era*	*Ahora*
Acupuntura *(Limitado a 12 visitas/año)*	No cubierto	$25/visita	No cubierto	No cubierto
Podología de rutina *(Limitado a 4 visitas/año)*	No cubierto	$25/visita	No cubierto	No cubierto
Atención no urgente en una sala de emergencias	50% después del deducible	50% después del deducible	No cubierto	50% después del deducible
Cuidados de salud en el hogar *(Limitado a 60 visitas/año)*	$15/visita	$0	50% after deductible	50% después del deducible
Terapia de habilitación para niños con autismo *(Limitado a 30 horas/semana)*	No cubierto	$20/día del tratamiento	No cubierto	50% después del deducible
Prótesis y ortesis *(Clarificación)*		30% después del deducible		50% después del deducible

Resumen de los cambios Silver+

- Se cubrirán hasta 12 visitas de acupuntura dentro de la red cada año.
- Se cubrirán hasta 4 visitas de podología de rutina dentro de la red cada año.
- Los beneficios de sala de emergencia para tratamiento que no sea de emergencia se pagarán al 50% (después del deducible), independientemente de si usted utiliza un centro dentro o fuera de la red. Anteriormente, los beneficios de la sala de emergencias para la atención de rutina no estaban cubiertos en absoluto si utilizaba un centro fuera de la red.
- No se aplicará copago (copago de $0) para los cuidados de salud en el hogar de la red. El límite anual de 30 visitas aumentará a 60 visitas (combinadas dentro y fuera de la red).
- Se cubrirán hasta 30 horas semanales de terapia de habilitación para niños con autismo (combinadas dentro y fuera de la red). Consulte su SPD para conocer otras reglas que se aplican a este tipo de tratamiento.
- Se aclara su costo compartido para prótesis y ortesis (que no sean ortesis podiátricas).

PPO PLAN (BCBSIL): MÉDICA *(continuación)*

¡Use MD Anderson at Cooper para su atención contra el cáncer y ahorre!

Este cambio no aplica si sus beneficios médicos son a través de un Kaiser HMO. Póngase en contacto con UNITE HERE HEALTH si no está seguro en qué opción de beneficios médicos se encuentra.

Si vive o trabaja en el área de Atlantic City, su Fondo le brinda una nueva forma de ahorrar dinero en su atención contra el cáncer.

A partir del 1 de junio de 2020, MD Anderson Cancer Center at Cooper (MD Anderson at Cooper) es el proveedor preferido para los servicios de atención contra el cáncer. La atención cubierta de MD Anderson at Cooper para un diagnóstico de cáncer es gratuita para usted. Usted paga $0 (sin deducible, coseguro o copago).

Juntos, UNITE HERE HEALTH y MD Anderson at Cooper lo ayudarán a obtener la amplia gama de servicios que necesita. Cuando se une a este programa de atención contra el cáncer, usted obtiene coordinación de atención y recursos dedicados para ayudarlo a administrar su atención médica durante este momento difícil.

Incluso, puede obtener transporte gratuito a ciertas ubicaciones de MD Anderson at Cooper.

¿Qué servicios no son gratuitos en MD Anderson at Cooper?

El copago de $0 no se aplica a lo siguiente:

- Transporte de ambulancia.
- Servicios que obtiene de MD Anderson at Cooper que no son para su diagnóstico de cáncer. Por ejemplo, si acude a la sala de emergencias de MD Anderson at Cooper para recibir tratamiento por una pierna rota (no relacionada con el cáncer), pagará el copago, el deducible y el coseguro habituales del Plan necesarios para los servicios de la sala de emergencias.

¿A qué centro de MD Anderson at Cooper puedo ir?

MD Anderson at Cooper tiene muchas ubicaciones. Usted puede obtener servicios completos de atención contra el cáncer en Camden, New Jersey y muchos servicios en Egg Harbor Township. También hay servicios disponibles en Voorhees, Willingboro, y otras oficinas locales.

PPO PLAN (BCBSIL): MÉDICA *(continuación)*

Ubicaciones de MD Anderson at Cooper:

- Two Cooper Plaza, Camden NJ 08103
- 303 Central Ave., Suite 4, Unit B, Egg Harbor Township, NJ 08234
- Otras oficinas en toda el área de Filadelfia-South Jersey

¿Qué otra información importante debo saber?

Las reglas del plan sobre lo que está cubierto, lo que no está cubierto y los requisitos de autorización previa aún se aplican a los servicios que obtiene de MD Anderson at Cooper.

En este momento, MD Anderson no trata a pacientes pediátricos o ciertos tipos de cáncer como el cáncer ocular o el cáncer de médula ósea.

Para obtener más información y unirse al programa, llame al Fondo.

PPO PLAN (BCBSIL): DENTAL

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

Este cambio aplica únicamente si usted se inscribió en la opción de beneficios de Dental PPO.

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.

PPO PLAN (BCBSIL): DENTAL *(continuación)*

El siguiente lenguaje reemplaza la sección de beneficios dentales PPO 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 *(no orto)*	$2,000 por persona	
Beneficio máximo de por vida para el tratamiento de ortodoncia	$2,500 por persona	
Deducible por año calendario	Ninguno	
	Lo que usted paga por su cobertura de atención dental	
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%

PPO PLAN (BCBSIL): 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

PPO PLAN (BCBSIL): 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.

PPO PLAN (BCBSIL): 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.

PPO PLAN (BCBSIL): DENTAL *(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.
- 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.

PPO PLAN (BCBSIL): DENTAL *(continuación)*

- 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.

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/reparaciones 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

PPO PLAN (BCBSIL): DENTAL *(continuación)*

Servicios de prostodoncia

- Dentaduras completas y parciales.
- Pónticas.
- 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

PPO PLAN (BCBSIL): DENTAL *(continuación)*

- Embarazo
- Condiciones cardíacas de alto riesgo.
- 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 crestal) 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.

PPO PLAN (BCBSIL): DENTAL *(continuación)*

- 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.
- 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 prostodónticos 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.
- Prostodoncia fija o removible para un paciente menor de 16 años.
- Acondicionamiento de tejidos.
- Un póntico 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.

PPO PLAN (BCBSIL): DENTAL *(continuación)*

- 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.
- 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 anestesistas 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.

PPO PLAN (BCBSIL): DENTAL *(continuación)*

- 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.
- 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. l 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.

PPO PLAN (BCBSIL): DENTAL *(continuación)*

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.

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".

Presente un reclamo dental

Delta Dental
P.O. Box 5402
Lisle, IL 60532

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.”

PPO PLAN (BCBSIL): DENTAL *(continuación)*

Cambios a los beneficios de Dental HMO

Este cambio aplica únicamente si usted está en los beneficios de Dental HMO o los beneficios dentales bajo los beneficios gratuitos dentales/visuales familiares.

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.

DeltaCare
(800) 422-4234
www.deltadentalins.com/deltacare

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.***

PPO PLAN (BCBSIL): VISIÓN

Correcciones a los beneficios de Vision+

Este cambio aplica únicamente si usted se inscribió en la opción de beneficios de vision+. Póngase en contacto con UNITE HERE HEALTH si no está seguro en qué opción de beneficio de visión se encuentra.

Se realizan las siguientes correcciones en la sección vision+ beneficios de su SPD:

- Si usa un proveedor de la red, los lentes de policarbonato están cubiertos en su totalidad para los niños hasta el final del mes en que cumplen 26 años.
- Se aplican las siguientes exclusiones:
  - Reposición de lentes de contacto después del período de adaptación inicial de 90 días.
  - Servicios asociados con la terapia refractiva corneal (CTR por sus siglas en inglés) u ortoqueratología.
- Beneficios de la visión reducida:
  - VSP cubrirá un máximo de dos pruebas de baja visión dentro de un período de 2 años (combinado dentro y fuera de la red).
  - Si recibe exámenes de visión reducida de un proveedor fuera de la red, VSP pagará hasta $125 por examen.

PPO PLAN (BCBSIL): VIDA Y AD&D

Nueva opción de beneficio de seguro de vida

A partir del 1 de junio de 2020, se agrega una nueva opción de beneficio de vida y muerte accidental y desmembramiento (AD&D) a las opciones de negociación colectiva. Solo los empleados son elegibles para los beneficios de vida y AD&D.

Póngase en contacto con UNITE HERE HEALTH si no está seguro de qué opción de beneficios de vida y AD&D tiene (o si no tiene).

Evento	Monto del beneficio	Quien recibe
$50,000 opción		
Seguro de vida	$50,000	Su beneficiario
Seguro AD&D *(monto total)*		Usted *(o su beneficiario si usted fallece)*

Su beneficio AD&D por una pérdida (muerte o desmembramiento) dentro de los 365 días de un accidente		
Evento	**$50,000 opción**	**Quien recibe**
Muerte	$50,000	Su beneficiario
Pérdida de ambas manos o pies		Usted
Pérdida de la vista en ambos ojos		
Pérdida de una mano y un pie		
Pérdida de una mano y vista en un ojo		
Pérdida de una mano o un pie	$25,000	
Pérdida de la vista en un ojo		
Pérdida del dedo índice y pulgar en la misma mano	$12,500	

Consulte su SPD para obtener más información sobre cómo funcionan sus beneficios de vida y AD&D, incluyendo quién asegura el beneficio, cómo convertir su seguro de vida, cómo presentar un reclamo y cualquier exclusión y limitación.

HMO PLAN (KAISER): DENTAL

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

Este cambio aplica únicamente si usted se inscribió en la opción de beneficios de Dental PPO.

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

Dental.....1-14

Visión..... 15

Seguro de Vida..... 16

***Estos cambios sólo aplica si usted tiene el* PLAN PPO *con* BLUE CROSS BLUE SHIELD DE ILLINOIS**

Ahorre tiempo, conéctese en línea
Visite su portal de miembros
www.uhh.org/member
para ver sus beneficios, solicitar una tarjeta de identificación, ¡y más!

UNITE HERE HEALTH

(833) 637-3519 • www.uhh.org/fsp

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

Este documento presenta un Resumen de las modi caciones 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 modi caciones en los bene cios 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 bene cios presentes en la SPD y puede incluir modi caciones y bene cios 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.

HMO PLAN (KAISER): DENTAL *(continuación)*

El siguiente lenguaje reemplaza la sección de beneficios dentales PPO 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 *(no orto)*	$2,000 por persona	
Beneficio máximo de por vida para el tratamiento de ortodoncia	$2,500 por persona	
Deducible por año calendario	Ninguno	
	Lo que usted paga por su cobertura de atención dental	
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%

HMO PLAN (KAISER): 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).

HMO PLAN (KAISER): 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.

HMO PLAN (KAISER): 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.

HMO PLAN (KAISER): DENTAL *(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.
- 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.

HMO PLAN (KAISER): DENTAL *(continuación)*

- 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.

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/reparaciones 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

HMO PLAN (KAISER): DENTAL *(continuación)*

Servicios de prostodoncia

- Dentaduras completas y parciales.
- Pónticas.
- 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

HMO PLAN (KAISER): DENTAL *(continuación)*

- Embarazo
- Condiciones cardíacas de alto riesgo.
- 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 crestal) 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.

HMO PLAN (KAISER): DENTAL *(continuación)*

- 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.
- 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 prostodónticos 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.
- Prostodoncia fija o removible para un paciente menor de 16 años.
- Acondicionamiento de tejidos.
- Un póntico 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.

HMO PLAN (KAISER): DENTAL *(continuación)*

- 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.
- 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 anestesistas 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.

HMO PLAN (KAISER): DENTAL *(continuación)*

- 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.
- 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. l 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.

HMO PLAN (KAISER): DENTAL *(continuación)*

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.

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.

Presente un reclamo dental

Delta Dental
P.O. Box 5402
Lisle, IL 60532

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.”

HMO PLAN (KAISER): DENTAL *(continuación)*

Cambios a los beneficios de Dental HMO— vigentes a partir del 1 de junio de 2020

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.

DeltaCare
(800) 422-4234
www.deltadentalins.com/deltacare

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.***

HMO PLAN (KAISER): VISIÓN

Correcciones a los beneficios de Vision+

Este cambio aplica únicamente si usted se inscribió en la opción de beneficios de vision+. Póngase en contacto con UNITE HERE HEALTH si no está seguro en qué opción de beneficio de visión se encuentra.

Se realizan las siguientes correcciones en la sección vision+ beneficios de su SPD:

- Si usa un proveedor de la red, los lentes de policarbonato están cubiertos en su totalidad para los niños hasta el final del mes en que cumplen 26 años.
- Se aplican las siguientes exclusiones:
  - Reposición de lentes de contacto después del período de adaptación inicial de 90 días.
  - Servicios asociados con la terapia refractiva corneal (CTR por sus siglas en inglés) u ortoqueratología.
- Beneficios de la visión reducida:
  - VSP cubrirá un máximo de dos pruebas de baja visión dentro de un período de 2 años (combinado dentro y fuera de la red).
  - Si recibe exámenes de visión reducida de un proveedor fuera de la red, VSP pagará hasta $125 por examen.

HMO PLAN (KAISER): VIDA Y AD&D

Nueva opción de beneficio de seguro de vida—vigentes a partir del 1 de junio de 2020

A partir del 1 de junio de 2020, se agrega una nueva opción de beneficio de vida y muerte accidental y desmembramiento (AD&D) a las opciones de negociación colectiva. Solo los empleados son elegibles para los beneficios de vida y AD&D.

Póngase en contacto con UNITE HERE HEALTH si no está seguro de qué opción de beneficios de vida y AD&D tiene (o si no tiene).

Evento	Monto del beneficio	Quien recibe
$50,000 opción		
Seguro de vida	$50,000	Su beneficiario
Seguro AD&D *(monto total)*		Usted *(o su beneficiario si usted fallece)*

Su beneficio AD&D por una pérdida (muerte o desmembramiento) dentro de los 365 días de un accidente

Evento	$50,000 opción	Quien recibe
Muerte	$50,000	Su beneficiario
Pérdida de ambas manos o pies		Usted
Pérdida de la vista en ambos ojos		
Pérdida de una mano y un pie		
Pérdida de una mano y vista en un ojo		
Pérdida de una mano o un pie	$25,000	
Pérdida de la vista en un ojo		
Pérdida del dedo índice y pulgar en la misma mano	$12,500	

Consulte su SPD para obtener más información sobre cómo funcionan sus beneficios de vida y AD&D, incluyendo quién asegura el beneficio, cómo convertir su seguro de vida, cómo presentar un reclamo y cualquier exclusión y limitación.