

HMO PLAN
(Kaiser Permanente)

*These changes only apply if you have the **HMO PLAN** with **KAISER PERMANENTE**.
If you have the PPO PLAN with BLUE CROSS BLUE SHIELD, turn to page 17.*

**ELIGIBILITY**

Your eligibility rules are changing

Effective beginning with the January 1, 2021 coverage month, the rules for how you get—and keep—eligibility for coverage are changing. Contact the Fund with questions about your eligibility.

Your CBA spells out when your employer must make contributions for you, including when your employer must begin making contributions for new hires or following lay-off or other leave. In general, you will be eligible for coverage for the month immediately following any month your employer makes a contribution for you. Consult your CBA or contact your employer or Union when you have questions about when your employer must make contributions for you.

**(833) 637-3519 • [uhh.org/fsp](https://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.

Because of the pandemic, you generally have more time to do certain things, like file or appeal a claim, enroll your new dependent, or elect COBRA and make COBRA payments. Call us for more information.

HMO PLAN (Kaiser Permanente)

These changes only apply if you have the **HMO PLAN** with **KAISER PERMANENTE**.
If you have the PPO PLAN with BLUE CROSS BLUE SHIELD, turn to page 17.



ELIGIBILITY *(continued)*

When your coverage begins (initial eligibility)—

This replaces the section with the same title in your SPD

Your coverage begins at 12:01 a.m. on the first day of the coverage period corresponding to the first work period for which contributions are required on your behalf.

For purposes of establishing initial eligibility:

- **Work period** means the calendar month for which your employer must make contributions to UNITE HERE HEALTH on your behalf, including any amount you are required to contribute under the terms of your Collective Bargaining Agreement (CBA).
- **Coverage period** means the calendar month for which coverage is in force as determined by the corresponding work period.

Example: Establishing Initial Eligibility

Work Period	Coverage Period
December	January

*Suppose employer contributions are first required on your behalf for your December work.
Your coverage will begin on January 1 and will continue for the rest of that month.*

Get answers to all your questions: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp

HMO PLAN (Kaiser Permanente)

These changes only apply if you have the **HMO PLAN** with **KAISER PERMANENTE**.
If you have the PPO PLAN with BLUE CROSS BLUE SHIELD, turn to page 17.



ELIGIBILITY *(continued)*

Continuing eligibility—*This replaces the section with the same title in your SPD*

Once you establish eligibility, you continue to be eligible as long as you meet the work requirements explained in your CBA.

For purposes of continuing eligibility:

- **Work period** means a calendar month for which your employer must make a contribution to UNITE HERE HEALTH on your behalf, including any amount you are required to contribute under the terms of your CBA.
- **Coverage period** means the calendar month during which coverage is in force as determined by the corresponding work period.

Example: Continuing Eligibility

Work Period	Coverage Period
January	February
February	March
March	April

Suppose you became covered January 1 because your employer was required to make contributions on your behalf during the December work period. If a contribution is required on your behalf for January, your coverage continues during February. A contribution for February continues your coverage for March, March will continue your coverage for April and so on.

Get answers to all your questions: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp

HMO PLAN (Kaiser Permanente)

These changes only apply if you have the **HMO PLAN** with **KAISER PERMANENTE**.
If you have the PPO PLAN with BLUE CROSS BLUE SHIELD, turn to page 17.



ELIGIBILITY *(continued)*

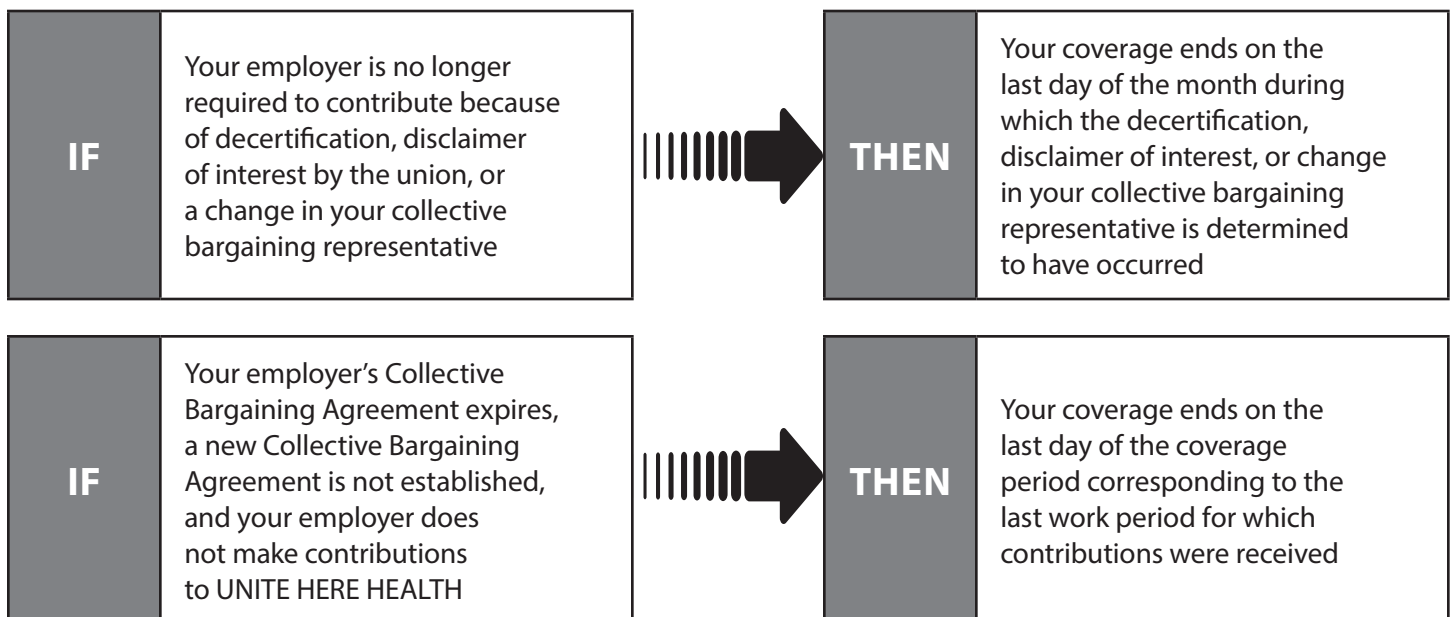
When your coverage ends

Your SPD currently says that your coverage ends on the last day of the month for which your employer was required to make a contribution on your behalf. Beginning with the January 1, 2021 coverage month, your coverage will end on:

- The last day of the coverage period for which your employer was required to make a contribution on your behalf during the corresponding work period. For example, if your employer's last required contribution on your behalf was for the January work period, your coverage continues through the end of February.

Special termination rules—This replaces the section with the same title in your SPD

Your coverage under the Plan will end if any of the following happens:



Get answers to all your questions: (833) 637-3519 • [uhh.org/fsp](https://www.uhh.org/fsp)

HMO PLAN (Kaiser Permanente)

These changes only apply if you have the **HMO PLAN** with **KAISER PERMANENTE**.
If you have the PPO PLAN with BLUE CROSS BLUE SHIELD, turn to page 17.



ELIGIBILITY *(continued)*

IF

Your employer's Collective Bargaining Agreement expires, a new Collective Bargaining Agreement is not established, but your employer continues making contributions to UNITE HERE HEALTH



THEN

Your coverage ends on the last day of the 12th month after the Collective Bargaining Agreement expires, unless the Trustees approve an extension

IF

Your employer withdraws in whole or in part from UNITE HERE HEALTH

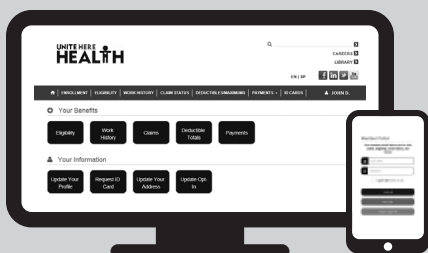


THEN

Your coverage ends on the last day of the month for which your employer has an obligation to make contributions to UNITE HERE HEALTH

You should always stay informed about your union's negotiations and how these negotiations may affect your eligibility for benefits.

Get answers to all your questions: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp



Save time, go online!

Visit your member portal at **uhh.org/member** to make a payment, view your benefits, or request an ID card!

HMO PLAN
(Kaiser Permanente)

These changes only apply if you have the **HMO PLAN** with **KAISER PERMANENTE**.
If you have the PPO PLAN with BLUE CROSS BLUE SHIELD, turn to page 17.

**ELIGIBILITY** (continued)

Super Saver Plan

Effective January 1, 2021 through October 31, 2021

Super Saver is not available if you are 1) a retiree, or 2) enrolled in a Medicare supplement benefit or Medicare deductible reimbursement benefit, or 3) not enrolled in the medical benefits.

You recently received a flyer and Frequently Asked Questions (FAQs) about a new, affordable option, called Super Saver. The Super Saver option is available if you lose coverage between June 30, 2020 through September 30, 2021 because of no work, layoff, or reduced hours. It's a cost-effective way for you (and any dependents who were enrolled when you lost coverage) to continue the same medical, prescription drug, dental, and vision benefits. It does not include life or disability (if applicable under your Plan). It has a flat cost per month and lasts for up to 4 months. You will have the opportunity to elect COBRA when your Super Saver coverage ends.

While you have Super Saver, you generally can't add dependents or change benefit options (if available). However, if you have a special enrollment event while you have Super Saver, you can add new dependents or make changes. If you have a special enrollment event, contact the Fund for more information about when enrollment materials are due and when changes will be effective.

Special enrollment events include:

- Termination of other health coverage you (or your dependent) had when you previously became eligible for coverage (or your dependent first became eligible for coverage). If your (or your dependent's) other coverage was COBRA, you have a special enrollment right only if you (or your dependent) have exhausted the COBRA maximum continuation period.

**Super Saver
hotline:**

(855) 321-4373

Get answers to all your questions: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp

HMO PLAN
(Kaiser Permanente)

*These changes only apply if you have the **HMO PLAN** with **KAISER PERMANENTE**.
If you have the PPO PLAN with BLUE CROSS BLUE SHIELD, turn to page 17.*

**ELIGIBILITY** *(continued)*

- Your marriage.
- The birth of a child.
- The adoption or placement for adoption of a child under age 26.
- A dependent previously living in a foreign country comes to the United States and takes up residence with you.
- The loss of your or a dependent's eligibility for Medicaid or Child Health Insurance Program (CHIP) benefits.
- When you or a dependent becomes eligible for financial assistance under Medicaid or CHIP to help pay for the cost of UNITE HERE HEALTH's dependent coverage.

If there's an open enrollment period while you have Super Saver, or if your Plan allows changes at any time, you can request changes, but they won't become effective until after Super Saver ends — for example, when you regain eligibility or choose COBRA coverage.

If you want to stop covering a dependent while you have Super Saver, contact the Fund. (You must complete a form to stop covering your spouse.)

You can visit www.uhh.org/supersaver to get more information, including a copy of the Super Saver FAQs, how much it costs per month and when payments are due.

Get answers to all your questions: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp

HMO PLAN (Kaiser Permanente)

*These changes only apply if you have the **HMO PLAN** with **KAISER PERMANENTE**.
If you have the **PPO PLAN** with **BLUE CROSS BLUE SHIELD**, turn to page 17.*



MEDICAL

Cost Sharing Applies to Kaiser Covid-19 Treatment

This change only applies if you are enrolled in the Kaiser HMO.

Effective March 1, **2021** (not January 2020 as recent communications stated), unless Kaiser extends the benefit, COVID-19 treatment will be subject to the regular Plan rules (including what cost-sharing you must pay, network requirements, and what's not covered).



ELIGIBILITY

COBRA language replaced

Effective May 1, 2020, the COBRA language in your SPD is replaced in its entirety with the following language:

COBRA Continuation Coverage

The right to COBRA continuation coverage, which is a temporary extension of coverage under the Plan, was created by a federal law, the Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985 (COBRA). COBRA continuation coverage can become available to you and other members of your family when group health coverage would otherwise end. **This SMM explains COBRA continuation coverage, when it may become available to you and your family, and what you need to do to protect your right to get it.** For more information about your rights and obligations under the Plan and under federal law, you should read this SMM or contact the Fund.

Get answers to all your questions: (833) 637-3519 • [uhh.org/fsp](https://www.uhh.org/fsp)

HMO PLAN
(Kaiser Permanente)

These changes only apply if you have the **HMO PLAN** with **KAISER PERMANENTE**.
If you have the PPO PLAN with BLUE CROSS BLUE SHIELD, turn to page 17.

**ELIGIBILITY** *(continued)***What is COBRA continuation coverage?**

COBRA continuation coverage is a continuation of Plan coverage when it would otherwise end because of a life event. This is also called a “qualifying event.” Specific qualifying events are listed later in this section. After a qualifying event, COBRA continuation coverage must be offered to each person who is a “qualified beneficiary.” You, your spouse, and your dependent children could become qualified beneficiaries if coverage under the Plan is lost because of the qualifying event. Under the Plan, qualified beneficiaries who elect COBRA continuation coverage must pay for COBRA continuation coverage.

Continuation coverage is the same coverage that the Plan gives to other participants or beneficiaries under the Plan who are not receiving continuation coverage, except that you cannot continue life and accidental death and dismemberment insurance, or short-term disability benefits. Each qualified beneficiary who elects continuation coverage will have the same rights under the Plan as other participants or beneficiaries covered under the Plan, including open enrollment and special enrollment rights.

If you’re an employee, you’ll become a qualified beneficiary if you lose your coverage under the Plan because of the following qualifying events:

- Your hours of employment are reduced;
- Your employment ends for any reason other than your gross misconduct; or
- Your employer withdraws from UNITE HERE HEALTH.

If you’re the spouse of an employee, you’ll become a qualified beneficiary if you lose your coverage under the Plan because of the following qualifying events:

- Your spouse dies;
- Your spouse’s hours of employment are reduced;
- Your spouse’s employment ends for any reason other than his or her gross misconduct;
- Your spouse’s employer withdraws from UNITE HERE HEALTH;

Get answers to all your questions: (833) 637-3519 • [uhh.org/fsp](https://www.uhh.org/fsp)

HMO PLAN
(Kaiser Permanente)

*These changes only apply if you have the **HMO PLAN** with **KAISER PERMANENTE**.
If you have the PPO PLAN with BLUE CROSS BLUE SHIELD, turn to page 17.*

**ELIGIBILITY** *(continued)*

- Your spouse becomes entitled to Medicare benefits (under Part A, Part B, or both); or
- You become divorced or legally separated from your spouse.

Your dependent children will become qualified beneficiaries if they lose coverage under the Plan because of the following qualifying events:

- The parent-employee dies;
- The parent-employee's hours of employment are reduced;
- The parent-employee's employment ends for any reason other than his or her gross misconduct;
- The parent-employee's employer withdraws from UNITE HERE HEALTH;
- The parent-employee becomes entitled to Medicare benefits (Part A, Part B, or both);
- The parents become divorced or legally separated; or
- The child stops being eligible for coverage under the Plan as a "dependent child."

When is COBRA continuation coverage available?

The Plan will offer COBRA continuation coverage to qualified beneficiaries only after the Plan Administrator has been notified that a qualifying event has occurred. The employer must notify the Plan Administrator of the following qualifying events:

- The end of employment or reduction of hours of employment;
- Death of the employee; or
- The employee's becoming entitled to Medicare benefits (under Part A, Part B, or both).

UNITE HERE HEALTH uses its own records to determine when participants' coverage under the Plan ends.

Get answers to all your questions: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp

HMO PLAN
(Kaiser Permanente)

*These changes only apply if you have the **HMO PLAN** with **KAISER PERMANENTE**.
If you have the PPO PLAN with BLUE CROSS BLUE SHIELD, turn to page 17.*

**ELIGIBILITY** *(continued)*

For all other qualifying events (divorce or legal separation of the employee and spouse or a dependent child's losing eligibility for coverage as a dependent child), you must notify the Plan Administrator within 60 days after the qualifying event occurs. You must provide this notice to UNITE HERE HEALTH.

You should use the Fund's forms to provide notice of any qualifying event, if you or a dependent are determined by the Social Security Administration to be disabled, or if you are no longer disabled. You can get a form by calling the Fund at (833) 637-3519.

How is COBRA continuation coverage provided?

Once the Plan Administrator receives notice that a qualifying event has occurred, it will determine if you or your dependents are entitled to COBRA continuation coverage.

- If you or your dependents are not entitled to COBRA continuation coverage, you or your dependent will be mailed a notice within 14 days after UNITE HERE HEALTH has been notified of the qualifying event. The notice will explain why COBRA continuation coverage is not available.
- If you or your dependents are entitled to COBRA continuation coverage, you or the dependent will be mailed a description of your COBRA continuation coverage rights and the applicable election forms. The description of COBRA continuation coverage rights and the election forms will be mailed within 45 days after UNITE HERE HEALTH has been notified of the qualifying event. These materials will be mailed to those entitled to continuation coverage at the last known address on file.

*If you have a
qualifying event,
contact us within
60 days*

**UNITE HERE
HEALTH**

Attn: COBRA
Department
P.O. Box 6557
Aurora, IL
60589-0557

Get answers to all your questions: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp

HMO PLAN (Kaiser Permanente)

*These changes only apply if you have the **HMO PLAN** with **KAISER PERMANENTE**.
If you have the PPO PLAN with BLUE CROSS BLUE SHIELD, turn to page 17.*



ELIGIBILITY *(continued)*

COBRA continuation coverage will be offered to each of the qualified beneficiaries. Each qualified beneficiary will have an independent right to elect COBRA continuation coverage. Covered employees may elect COBRA continuation coverage on behalf of their spouses, and parents may elect COBRA continuation coverage on behalf of their children.

You must complete a COBRA continuation coverage election form and submit it within 60 days from the later of the following dates:

- The date coverage under the Plan would otherwise end.
- The date the Fund sends the election form and a description of the Plan's COBRA continuation coverage rights and procedures.

If your or your dependents' election form is received within the 60-day election period, you or your dependents will be sent a premium notice showing the amount owed for COBRA continuation coverage. The amount charged for COBRA continuation coverage will not be more than the amount allowed by federal law.

- UNITE HERE HEALTH must receive the first payment within 45 days after the date it receives your election form. The first payment must equal the premiums due from the date coverage ended until the end of the month in which payment is being made. This means that your first payment may be for more than one month of COBRA continuation coverage.
- After the first payment, additional payments are due on the first day of each month for which coverage is to be continued. To continue coverage, each monthly payment must be postmarked no later than 30 days after the payment is due.

Payments for COBRA continuation coverage can be made by check or money order (or other method acceptable to UNITE HERE HEALTH), payable to UNITE HERE HEALTH.

*Mail your COBRA
payment to:*

**UNITE HERE
HEALTH**

Attn: COBRA
Department
P.O. Box 809328
Aurora, IL
60680-9328

Get answers to all your questions: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp

HMO PLAN
(Kaiser Permanente)

These changes only apply if you have the **HMO PLAN** with **KAISER PERMANENTE**.
If you have the PPO PLAN with BLUE CROSS BLUE SHIELD, turn to page 17.

**ELIGIBILITY** *(continued)*

Generally, COBRA continuation coverage is a temporary continuation of coverage that lasts for up to 18 months due to employment termination or reduction of hours of work. Certain qualifying events, or a second qualifying event during the initial period of coverage, may permit a beneficiary to receive a maximum of 36 months of coverage.

There are also ways in which this 18-month period of COBRA continuation coverage can be extended.

Disability extension of 18-month period of COBRA continuation coverage

If you or anyone in your family covered under the Plan is determined by Social Security to be disabled and you notify the Plan Administrator in a timely fashion, you and your entire family may be entitled to get up to an additional 11 months of COBRA continuation coverage, for a maximum of 29 months. The disability has to have started at some time on or before the 60th day of COBRA continuation coverage and must last at least until the end of the 18-month period of continuation coverage. To qualify for this special extended COBRA Coverage, the individual must send (or bring) to the Fund Office the Social Security disability determination before the initial 18 months of continuation coverage expires. After the Plan receives a copy of the disability determination, you will be notified of any increase in cost required to continue the COBRA Coverage for the extended period (the period between 18 and 29 months).

Each qualified beneficiary who has elected continuation coverage will be entitled to the 11-month disability extension if one of them qualifies. If the qualified beneficiary is determined to no longer be disabled under the SSA, you must notify the Plan of that fact within 30 days after that determination.

Second qualifying event extension of 18-month period of continuation coverage

If your family experiences another qualifying event during the 18 months of COBRA continuation coverage, the spouse and dependent children in your family can get up to 18 additional months of COBRA continuation coverage, for a maximum of 36 months, if the Plan is properly notified about the second qualifying event. This extension may be available to the spouse and any dependent children getting COBRA continuation coverage if the employee or former employee dies; becomes entitled to Medicare benefits (under Part A, Part B, or both); gets divorced or legally separated; or if the dependent child stops being eligible under the Plan as a dependent child. This extension is only available if the second qualifying event would have caused the spouse or dependent child to lose coverage under the Plan had the first qualifying event not occurred.

Get answers to all your questions: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp

HMO PLAN
(Kaiser Permanente)

These changes only apply if you have the **HMO PLAN** with **KAISER PERMANENTE**.
If you have the PPO PLAN with BLUE CROSS BLUE SHIELD, turn to page 17.

**ELIGIBILITY** *(continued)***When will COBRA continuation coverage end?**

COBRA continuation coverage will end when you have reached the maximum period of time for which coverage can be continued. However, continuation coverage will end sooner if any of the following occur:

- The end of the month for which a premium was last paid, if you or your dependents do not pay any required premium when due.
- The date the Plan terminates.
- The date Medicare coverage becomes effective if it begins after the person's election of COBRA (Medicare coverage means you are entitled to coverage under Medicare; you have applied or enrolled for that coverage, if application is necessary; and your Medicare coverage is effective).
- The date the Plan's eligibility requirements are once again satisfied.
- The end of the month occurring 30 days after the date disability under the Social Security Act ends, if that date occurs after the first 18 months of continuation coverage have expired.
- The date coverage begins under any other group health plan.

If termination of continuation coverage ends for any of the reasons listed above, you will be mailed an early termination notice shortly after coverage terminates. The notice will specify the date coverage ended and the reason why.

Are there other coverage options besides COBRA continuation coverage?

Yes. Instead of enrolling in COBRA continuation coverage, there may be other coverage options for you and your family through self-pay (if you have that option), or the Health Insurance Marketplace, in Medicare, Medicaid, Children's Health Insurance Program (CHIP), or other group health plan coverage options (such as a spouse's plan) through what is called a "special enrollment period." Some of these options may cost less than COBRA continuation coverage. You can learn more about many of these options at www.HealthCare.gov.

Get answers to all your questions: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp

HMO PLAN
(Kaiser Permanente)

These changes only apply if you have the **HMO PLAN** with **KAISER PERMANENTE**.
If you have the PPO PLAN with BLUE CROSS BLUE SHIELD, turn to page 17.

**ELIGIBILITY** *(continued)*

You should compare your other coverage options with COBRA continuation coverage and choose the coverage that is best for you. For example, if you move to other coverage you may pay more out-of-pocket than you would under COBRA because the new coverage may impose a new deductible.

Can I enroll in Medicare instead of COBRA continuation coverage after my group health plan coverage ends?

In general, if you don't enroll in Medicare Part A or B when you are first eligible because you are still employed, after the Medicare initial enrollment period, you have an 8-month special enrollment period to sign up for Medicare Part A or B, beginning on the earlier of:

- The month after your employment ends; or
- The month after group health plan coverage based on current employment ends.

If you don't enroll in Medicare and elect COBRA continuation coverage instead, you may have to pay a Part B late enrollment penalty and you may have a gap in coverage if you decide you want Part B later. If you elect COBRA continuation coverage and later enroll in Medicare Part A or B before the COBRA continuation coverage ends, the Plan may terminate your continuation coverage. However, if Medicare Part A or B is effective on or before the date of the COBRA election, COBRA coverage may not be discontinued on account of Medicare entitlement, even if you enroll in the other part of Medicare after the date of the election of COBRA coverage.

If you are enrolled in both COBRA continuation coverage and Medicare, Medicare will generally pay first (primary payer) and COBRA continuation coverage will pay second. Certain plans may pay as if secondary to Medicare, even if you are not enrolled in Medicare.

For more information visit <https://www.medicare.gov/medicare-and-you>.

Get answers to all your questions: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp

HMO PLAN
(Kaiser Permanente)

*These changes only apply if you have the **HMO PLAN** with **KAISER PERMANENTE**.
If you have the PPO PLAN with BLUE CROSS BLUE SHIELD, turn to page 17.*

**ELIGIBILITY** *(continued)***If you have questions**

Questions concerning your Plan or your COBRA continuation coverage rights should be addressed to the contact or contacts identified below.

For more information about your rights under the Employee Retirement Income Security Act (ERISA), including COBRA, the Patient Protection and Affordable Care Act, and other laws affecting group health plans, contact the nearest Regional or District Office of the U.S. Department of Labor's Employee Benefits Security Administration (EBSA) in your area or visit www.dol.gov/ebsa. (Addresses and phone numbers of Regional and District EBSA Offices are available through EBSA's website.). For more information about the Marketplace, visit www.HealthCare.gov.

Keep your Plan informed of address changes

To protect your family's rights, let the Plan Administrator know about any changes in the addresses of family members. You should also keep a copy, for your records, of any notices you send to the Plan Administrator.

*Plan contact
information:*

**UNITE HERE
HEALTH**

Attn: COBRA
Department
P.O. Box 6557
Aurora, IL
60589-0557

(833) 637-3519

Get answers to all your questions: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp

PPO PLAN
(Blue Cross Blue Shield)

These changes only apply if you have the **PPO PLAN** with **BLUE CROSS BLUE SHIELD**.
If you have the HMO PLAN with KAISER PERMANENTE, turn to page 1.

**ELIGIBILITY**

Your eligibility rules are changing

Effective beginning with the January 1, 2021 coverage month, the rules for how you get—and keep—eligibility for coverage are changing. Contact the Fund with questions about your eligibility.

Your CBA spells out when your employer must make contributions for you, including when your employer must begin making contributions for new hires or following lay-off or other leave. In general, you will be eligible for coverage for the month immediately following any month your employer makes a contribution for you. Consult your CBA or contact your employer or Union when you have questions about when your employer must make contributions for you.

**(833) 637-3519 • 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.

Because of the pandemic, you generally have more time to do certain things, like file or appeal a claim, enroll your new dependent, or elect COBRA and make COBRA payments. Call us for more information.

PPO PLAN (Blue Cross Blue Shield)

These changes only apply if you have the **PPO PLAN** with **BLUE CROSS BLUE SHIELD**.
If you have the HMO PLAN with KAISER PERMANENTE, turn to page 1.



ELIGIBILITY *(continued)*

When your coverage begins (initial eligibility)—

This replaces the section with the same title in your SPD

Your coverage begins at 12:01 a.m. on the first day of the coverage period corresponding to the first work period for which contributions are required on your behalf.

For purposes of establishing initial eligibility:

- **Work period** means the calendar month for which your employer must make contributions to UNITE HERE HEALTH on your behalf, including any amount you are required to contribute under the terms of your Collective Bargaining Agreement (CBA).
- **Coverage period** means the calendar month for which coverage is in force as determined by the corresponding work period.

Example: Establishing Initial Eligibility

Work Period	Coverage Period
December	January

*Suppose employer contributions are first required on your behalf for your December work.
Your coverage will begin on January 1 and will continue for the rest of that month.*

Get answers to all your questions: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp

PPO PLAN (Blue Cross Blue Shield)

These changes only apply if you have the **PPO PLAN** with **BLUE CROSS BLUE SHIELD**.
If you have the HMO PLAN with KAISER PERMANENTE, turn to page 1.



ELIGIBILITY (continued)

Continuing eligibility—This replaces the section with the same title in your SPD

Once you establish eligibility, you continue to be eligible as long as you meet the work requirements explained in your CBA.

For purposes of continuing eligibility:

- **Work period** means a calendar month for which your employer must make a contribution to UNITE HERE HEALTH on your behalf, including any amount you are required to contribute under the terms of your CBA.
- **Coverage period** means the calendar month during which coverage is in force as determined by the corresponding work period.

Example: Continuing Eligibility

Work Period	Coverage Period
January	February
February	March
March	April

Suppose you became covered January 1 because your employer was required to make contributions on your behalf during the December work period. If a contribution is required on your behalf for January, your coverage continues during February. A contribution for February continues your coverage for March, March will continue your coverage for April and so on.

Get answers to all your questions: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp

PPO PLAN (Blue Cross Blue Shield)

These changes only apply if you have the **PPO PLAN** with **BLUE CROSS BLUE SHIELD**.
If you have the HMO PLAN with KAISER PERMANENTE, turn to page 1.



ELIGIBILITY (continued)

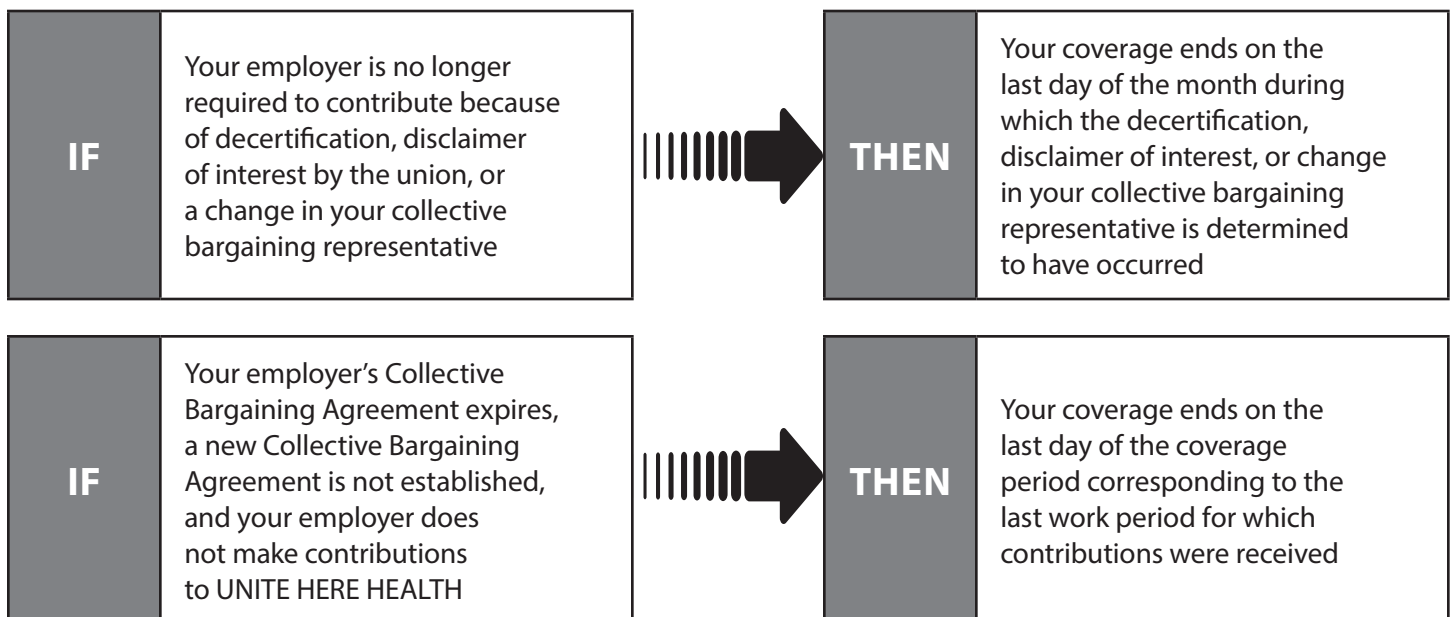
When your coverage ends

Your SPD currently says that your coverage ends on the last day of the month for which your employer was required to make a contribution on your behalf. Beginning with the January 1, 2021 coverage month, your coverage will end on:

- The last day of the coverage period for which your employer was required to make a contribution on your behalf during the corresponding work period. For example, if your employer's last required contribution on your behalf was for the January work period, your coverage continues through the end of February.

Special termination rules—*This replaces the section with the same title in your SPD*

Your coverage under the Plan will end if any of the following happens:



Get answers to all your questions: (833) 637-3519 • [uhh.org/fsp](https://www.uhh.org/fsp)

PPO PLAN (Blue Cross Blue Shield)

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

If you have the HMO PLAN with KAISER PERMANENTE, turn to page 1.



ELIGIBILITY (continued)

IF

Your employer's Collective Bargaining Agreement expires, a new Collective Bargaining Agreement is not established, but your employer continues making contributions to UNITE HERE HEALTH



THEN

Your coverage ends on the last day of the 12th month after the Collective Bargaining Agreement expires, unless the Trustees approve an extension

IF

Your employer withdraws in whole or in part from UNITE HERE HEALTH

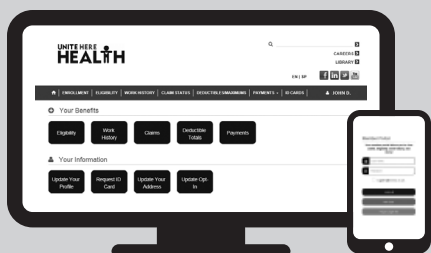


THEN

Your coverage ends on the last day of the month for which your employer has an obligation to make contributions to UNITE HERE HEALTH

You should always stay informed about your union's negotiations and how these negotiations may affect your eligibility for benefits.

Get answers to all your questions: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp



Save time, go online!

Visit your member portal at **uhh.org/member** to make a payment, view your benefits, or request an ID card!

PPO PLAN (Blue Cross Blue Shield)

These changes only apply if you have the **PPO PLAN** with **BLUE CROSS BLUE SHIELD**.
If you have the HMO PLAN with KAISER PERMANENTE, turn to page 1.



ELIGIBILITY (continued)

Super Saver Plan

Effective January 1, 2021 through October 31, 2021

Super Saver is not available if you are 1) a retiree, or 2) enrolled in a Medicare supplement benefit or Medicare deductible reimbursement benefit, or 3) not enrolled in the medical benefits.

You recently received a flyer and Frequently Asked Questions (FAQs) about a new, affordable option, called Super Saver. The Super Saver option is available if you lose coverage between June 30, 2020 through September 30, 2021 because of no work, layoff, or reduced hours. It's a cost-effective way for you (and any dependents who were enrolled when you lost coverage) to continue the same medical, prescription drug, dental, and vision benefits. It does not include life or disability (if applicable under your Plan). It has a flat cost per month and lasts for up to 4 months. You will have the opportunity to elect COBRA when your Super Saver coverage ends.

While you have Super Saver, you generally can't add dependents or change benefit options (if available). However, if you have a special enrollment event while you have Super Saver, you can add new dependents or make changes. If you have a special enrollment event, contact the Fund for more information about when enrollment materials are due and when changes will be effective.

Special enrollment events include:

- Termination of other health coverage you (or your dependent) had when you previously became eligible for coverage (or your dependent first became eligible for coverage). If your (or your dependent's) other coverage was COBRA, you have a special enrollment right only if you (or your dependent) have exhausted the COBRA maximum continuation period.

**Super Saver
hotline:**

(855) 321-4373

Get answers to all your questions: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp

PPO PLAN
(Blue Cross Blue Shield)

*These changes only apply if you have the **PPO PLAN** with **BLUE CROSS BLUE SHIELD**.
If you have the HMO PLAN with KAISER PERMANENTE, turn to page 1.*

**ELIGIBILITY** *(continued)*

- Your marriage.
- The birth of a child.
- The adoption or placement for adoption of a child under age 26.
- A dependent previously living in a foreign country comes to the United States and takes up residence with you.
- The loss of your or a dependent's eligibility for Medicaid or Child Health Insurance Program (CHIP) benefits.
- When you or a dependent becomes eligible for financial assistance under Medicaid or CHIP to help pay for the cost of UNITE HERE HEALTH's dependent coverage.

If there's an open enrollment period while you have Super Saver, or if your Plan allows changes at any time, you can request changes, but they won't become effective until after Super Saver ends — for example, when you regain eligibility or choose COBRA coverage.

If you want to stop covering a dependent while you have Super Saver, contact the Fund. (You must complete a form to stop covering your spouse.)

You can visit www.uhh.org/supersaver to get more information, including a copy of the Super Saver FAQs, how much it costs per month and when payments are due.

Get answers to all your questions: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp

PPO PLAN
(Blue Cross Blue Shield)

These changes only apply if you have the **PPO PLAN** with **BLUE CROSS BLUE SHIELD**.
If you have the **HMO PLAN** with **KAISER PERMANENTE**, turn to page 1.

**ELIGIBILITY** (continued)

COBRA language replaced

Effective May 1, 2020, the COBRA language in your SPD is replaced in its entirety with the following language:

COBRA Continuation Coverage

The right to COBRA continuation coverage, which is a temporary extension of coverage under the Plan, was created by a federal law, the Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985 (COBRA). COBRA continuation coverage can become available to you and other members of your family when group health coverage would otherwise end. **This SMM explains COBRA continuation coverage, when it may become available to you and your family, and what you need to do to protect your right to get it.** For more information about your rights and obligations under the Plan and under federal law, you should read this SMM or contact the Fund.

What is COBRA continuation coverage?

COBRA continuation coverage is a continuation of Plan coverage when it would otherwise end because of a life event. This is also called a “qualifying event.” Specific qualifying events are listed later in this section. After a qualifying event, COBRA continuation coverage must be offered to each person who is a “qualified beneficiary.” You, your spouse, and your dependent children could become qualified beneficiaries if coverage under the Plan is lost because of the qualifying event. Under the Plan, qualified beneficiaries who elect COBRA continuation coverage must pay for COBRA continuation coverage.

Continuation coverage is the same coverage that the Plan gives to other participants or beneficiaries under the Plan who are not receiving continuation coverage, except that you cannot continue life and accidental death and dismemberment insurance, or short-term disability benefits. Each qualified beneficiary who elects continuation coverage will have the same rights under the Plan as other participants or beneficiaries covered under the Plan, including open enrollment and special enrollment rights.

Get answers to all your questions: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp

PPO PLAN
(Blue Cross Blue Shield)

*These changes only apply if you have the **PPO PLAN** with **BLUE CROSS BLUE SHIELD**.
If you have the HMO PLAN with KAISER PERMANENTE, turn to page 1.*

**ELIGIBILITY** (continued)

If you're an employee, you'll become a qualified beneficiary if you lose your coverage under the Plan because of the following qualifying events:

- Your hours of employment are reduced;
- Your employment ends for any reason other than your gross misconduct; or
- Your employer withdraws from UNITE HERE HEALTH.

If you're the spouse of an employee, you'll become a qualified beneficiary if you lose your coverage under the Plan because of the following qualifying events:

- Your spouse dies;
- Your spouse's hours of employment are reduced;
- Your spouse's employment ends for any reason other than his or her gross misconduct;
- Your spouse's employer withdraws from UNITE HERE HEALTH;
- Your spouse becomes entitled to Medicare benefits (under Part A, Part B, or both); or
- You become divorced or legally separated from your spouse.

Your dependent children will become qualified beneficiaries if they lose coverage under the Plan because of the following qualifying events:

- The parent-employee dies;
- The parent-employee's hours of employment are reduced;
- The parent-employee's employment ends for any reason other than his or her gross misconduct;
- The parent-employee's employer withdraws from UNITE HERE HEALTH;
- The parent-employee becomes entitled to Medicare benefits (Part A, Part B, or both);
- The parents become divorced or legally separated; or
- The child stops being eligible for coverage under the Plan as a "dependent child."

Get answers to all your questions: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp

PPO PLAN
(Blue Cross Blue Shield)

These changes only apply if you have the **PPO PLAN** with **BLUE CROSS BLUE SHIELD**.
If you have the HMO PLAN with KAISER PERMANENTE, turn to page 1.

**ELIGIBILITY** (continued)**When is COBRA continuation coverage available?**

The Plan will offer COBRA continuation coverage to qualified beneficiaries only after the Plan Administrator has been notified that a qualifying event has occurred. The employer must notify the Plan Administrator of the following qualifying events:

- The end of employment or reduction of hours of employment;
- Death of the employee; or
- The employee's becoming entitled to Medicare benefits (under Part A, Part B, or both).

UNITE HERE HEALTH uses its own records to determine when participants' coverage under the Plan ends.

For all other qualifying events (divorce or legal separation of the employee and spouse or a dependent child's losing eligibility for coverage as a dependent child), you must notify the Plan Administrator within 60 days after the qualifying event occurs. You must provide this notice to UNITE HERE HEALTH.

You should use the Fund's forms to provide notice of any qualifying event, if you or a dependent are determined by the Social Security Administration to be disabled, or if you are no longer disabled. You can get a form by calling the Fund at (833) 637-3519.

*If you have a
qualifying event,
contact us within
60 days*

**UNITE HERE
HEALTH**

Attn: COBRA
Department
P.O. Box 6557
Aurora, IL
60589-0557

Get answers to all your questions: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp

PPO PLAN
(Blue Cross Blue Shield)

These changes only apply if you have the **PPO PLAN** with **BLUE CROSS BLUE SHIELD**.
If you have the HMO PLAN with KAISER PERMANENTE, turn to page 1.

**ELIGIBILITY** *(continued)***How is COBRA continuation coverage provided?**

Once the Plan Administrator receives notice that a qualifying event has occurred, it will determine if you or your dependents are entitled to COBRA continuation coverage.

- If you or your dependents are not entitled to COBRA continuation coverage, you or your dependent will be mailed a notice within 14 days after UNITE HERE HEALTH has been notified of the qualifying event. The notice will explain why COBRA continuation coverage is not available.
- If you or your dependents are entitled to COBRA continuation coverage, you or the dependent will be mailed a description of your COBRA continuation coverage rights and the applicable election forms. The description of COBRA continuation coverage rights and the election forms will be mailed within 45 days after UNITE HERE HEALTH has been notified of the qualifying event. These materials will be mailed to those entitled to continuation coverage at the last known address on file.

COBRA continuation coverage will be offered to each of the qualified beneficiaries. Each qualified beneficiary will have an independent right to elect COBRA continuation coverage. Covered employees may elect COBRA continuation coverage on behalf of their spouses, and parents may elect COBRA continuation coverage on behalf of their children.

You must complete a COBRA continuation coverage election form and submit it within 60 days from the later of the following dates:

- The date coverage under the Plan would otherwise end.
- The date the Fund sends the election form and a description of the Plan's COBRA continuation coverage rights and procedures.

Get answers to all your questions: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp

PPO PLAN
(Blue Cross Blue Shield)

These changes only apply if you have the **PPO PLAN** with **BLUE CROSS BLUE SHIELD**.
If you have the **HMO PLAN** with **KAISER PERMANENTE**, turn to page 1.

**ELIGIBILITY** (continued)

If your or your dependents' election form is received within the 60-day election period, you or your dependents will be sent a premium notice showing the amount owed for COBRA continuation coverage. The amount charged for COBRA continuation coverage will not be more than the amount allowed by federal law.

- UNITE HERE HEALTH must receive the first payment within 45 days after the date it receives your election form. The first payment must equal the premiums due from the date coverage ended until the end of the month in which payment is being made. This means that your first payment may be for more than one month of COBRA continuation coverage.
- After the first payment, additional payments are due on the first day of each month for which coverage is to be continued. To continue coverage, each monthly payment must be postmarked no later than 30 days after the payment is due.

Payments for COBRA continuation coverage can be made by check or money order (or other method acceptable to UNITE HERE HEALTH), payable to UNITE HERE HEALTH.

Generally, COBRA continuation coverage is a temporary continuation of coverage that lasts for up to 18 months due to employment termination or reduction of hours of work. Certain qualifying events, or a second qualifying event during the initial period of coverage, may permit a beneficiary to receive a maximum of 36 months of coverage.

There are also ways in which this 18-month period of COBRA continuation coverage can be extended.

*Mail your COBRA
payment to:*

**UNITE HERE
HEALTH**

Attn: COBRA
Department
P.O. Box 809328
Aurora, IL
60680-9328

Get answers to all your questions: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp

PPO PLAN
(Blue Cross Blue Shield)

These changes only apply if you have the **PPO PLAN** with **BLUE CROSS BLUE SHIELD**.
If you have the HMO PLAN with KAISER PERMANENTE, turn to page 1.

**ELIGIBILITY** *(continued)**Disability extension of 18-month period of COBRA continuation coverage*

If you or anyone in your family covered under the Plan is determined by Social Security to be disabled and you notify the Plan Administrator in a timely fashion, you and your entire family may be entitled to get up to an additional 11 months of COBRA continuation coverage, for a maximum of 29 months. The disability has to have started at some time on or before the 60th day of COBRA continuation coverage and must last at least until the end of the 18-month period of continuation coverage. To qualify for this special extended COBRA Coverage, the individual must send (or bring) to the Fund Office the Social Security disability determination before the initial 18 months of continuation coverage expires. After the Plan receives a copy of the disability determination, you will be notified of any increase in cost required to continue the COBRA Coverage for the extended period (the period between 18 and 29 months).

Each qualified beneficiary who has elected continuation coverage will be entitled to the 11-month disability extension if one of them qualifies. If the qualified beneficiary is determined to no longer be disabled under the SSA, you must notify the Plan of that fact within 30 days after that determination.

Second qualifying event extension of 18-month period of continuation coverage

If your family experiences another qualifying event during the 18 months of COBRA continuation coverage, the spouse and dependent children in your family can get up to 18 additional months of COBRA continuation coverage, for a maximum of 36 months, if the Plan is properly notified about the second qualifying event. This extension may be available to the spouse and any dependent children getting COBRA continuation coverage if the employee or former employee dies; becomes entitled to Medicare benefits (under Part A, Part B, or both); gets divorced or legally separated; or if the dependent child stops being eligible under the Plan as a dependent child. This extension is only available if the second qualifying event would have caused the spouse or dependent child to lose coverage under the Plan had the first qualifying event not occurred.

Get answers to all your questions: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp

PPO PLAN
(Blue Cross Blue Shield)

These changes only apply if you have the **PPO PLAN** with **BLUE CROSS BLUE SHIELD**.
If you have the HMO PLAN with KAISER PERMANENTE, turn to page 1.

**ELIGIBILITY** *(continued)***When will COBRA continuation coverage end?**

COBRA continuation coverage will end when you have reached the maximum period of time for which coverage can be continued. However, continuation coverage will end sooner if any of the following occur:

- The end of the month for which a premium was last paid, if you or your dependents do not pay any required premium when due.
- The date the Plan terminates.
- The date Medicare coverage becomes effective if it begins after the person's election of COBRA (Medicare coverage means you are entitled to coverage under Medicare; you have applied or enrolled for that coverage, if application is necessary; and your Medicare coverage is effective).
- The date the Plan's eligibility requirements are once again satisfied.
- The end of the month occurring 30 days after the date disability under the Social Security Act ends, if that date occurs after the first 18 months of continuation coverage have expired.
- The date coverage begins under any other group health plan.

If termination of continuation coverage ends for any of the reasons listed above, you will be mailed an early termination notice shortly after coverage terminates. The notice will specify the date coverage ended and the reason why.

Are there other coverage options besides COBRA continuation coverage?

Yes. Instead of enrolling in COBRA continuation coverage, there may be other coverage options for you and your family through self-pay (if you have that option), or the Health Insurance Marketplace, in Medicare, Medicaid, Children's Health Insurance Program (CHIP), or other group health plan coverage options (such as a spouse's plan) through what is called a "special enrollment period." Some of these options may cost less than COBRA continuation coverage. You can learn more about many of these options at www.HealthCare.gov.

Get answers to all your questions: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp

PPO PLAN
(Blue Cross Blue Shield)

These changes only apply if you have the **PPO PLAN** with **BLUE CROSS BLUE SHIELD**.
If you have the **HMO PLAN** with **KAISER PERMANENTE**, turn to page 1.

**ELIGIBILITY** (continued)

You should compare your other coverage options with COBRA continuation coverage and choose the coverage that is best for you. For example, if you move to other coverage you may pay more out-of-pocket than you would under COBRA because the new coverage may impose a new deductible.

Can I enroll in Medicare instead of COBRA continuation coverage after my group health plan coverage ends?

In general, if you don't enroll in Medicare Part A or B when you are first eligible because you are still employed, after the Medicare initial enrollment period, you have an 8-month special enrollment period to sign up for Medicare Part A or B, beginning on the earlier of:

- The month after your employment ends; or
- The month after group health plan coverage based on current employment ends.

If you don't enroll in Medicare and elect COBRA continuation coverage instead, you may have to pay a Part B late enrollment penalty and you may have a gap in coverage if you decide you want Part B later. If you elect COBRA continuation coverage and later enroll in Medicare Part A or B before the COBRA continuation coverage ends, the Plan may terminate your continuation coverage. However, if Medicare Part A or B is effective on or before the date of the COBRA election, COBRA coverage may not be discontinued on account of Medicare entitlement, even if you enroll in the other part of Medicare after the date of the election of COBRA coverage.

If you are enrolled in both COBRA continuation coverage and Medicare, Medicare will generally pay first (primary payer) and COBRA continuation coverage will pay second. Certain plans may pay as if secondary to Medicare, even if you are not enrolled in Medicare.

For more information visit <https://www.medicare.gov/medicare-and-you>.

Get answers to all your questions: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp

PPO PLAN
(Blue Cross Blue Shield)

These changes only apply if you have the **PPO PLAN** with **BLUE CROSS BLUE SHIELD**.
If you have the HMO PLAN with KAISER PERMANENTE, turn to page 1.

**ELIGIBILITY** (continued)**If you have questions**

Questions concerning your Plan or your COBRA continuation coverage rights should be addressed to the contact or contacts identified below. For more information about your rights under the Employee Retirement Income Security Act (ERISA), including COBRA, the Patient Protection and Affordable Care Act, and other laws affecting group health plans, contact the nearest Regional or District Office of the U.S. Department of Labor's Employee Benefits Security Administration (EBSA) in your area or visit www.dol.gov/ebsa. (Addresses and phone numbers of Regional and District EBSA Offices are available through EBSA's website.). For more information about the Marketplace, visit www.HealthCare.gov.

Keep your Plan informed of address changes

To protect your family's rights, let the Plan Administrator know about any changes in the addresses of family members. You should also keep a copy, for your records, of any notices you send to the Plan Administrator.

*Plan contact
information:*

**UNITE HERE
HEALTH**

Attn: COBRA
Department
P.O. Box 6557
Aurora, IL
60589-0557

(833) 637-3519

Get answers to all your questions: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp

PLAN HMO
(Kaiser Permanente)

Estos cambios solo se aplican si usted tiene el **PLAN HMO** con **KAISER PERMANENTE**.

Si tiene el **PLAN PPO** con **BLUE CROSS BLUE SHIELD**, pase a la página 17.

**ELEGIBILIDAD**

Las reglas de su elegibilidad están cambiando

A partir del mes de cobertura del 1 de enero de 2021, cambiarán las reglas sobre cómo obtener y mantener elegibilidad para cobertura. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad, comuníquese con el Fondo.

Su CBA especifica cuándo es que su empleador debe hacer contribuciones por usted, incluso cuándo es que su empleador debe comenzar a hacer contribuciones para las nuevas contrataciones, después de un despido u otra licencia. En general, usted será elegible para recibir cobertura para el mes inmediatamente posterior a cualquier mes en que su empleador realice una contribución por usted. Consulte a su CBA o comuníquese con su empleador, o sindicato cuando tenga preguntas sobre cuándo es que su empleador debe hacer contribuciones por usted.

**(833) 637-3519 • uhh.org/fsp**

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

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

Lea con atención la información y guárdela junto con su SPD, para futura referencia.

Excepto por lo descrito en el SMM, la información que contiene el SPD continúa vigente.

Debido a la pandemia, en general usted tiene más tiempo para hacer ciertas cosas, como presentar o apelar un reclamo, inscribir a un dependiente nuevo o elegir COBRA y hacer pagos de COBRA. Llámenos para obtener más información.

PLAN HMO (Kaiser Permanente)

Estos cambios solo se aplican si usted tiene el **PLAN HMO** con **KAISER PERMANENTE**.
Si tiene el PLAN PPO con BLUE CROSS BLUE SHIELD, pase a la página 17.



ELEGIBILIDAD (continuación)

Cuándo comienza su cobertura (elegibilidad inicial): esto reemplaza la sección con el mismo título en su SPD

Su cobertura comienza a las 12:01 a. m. del primer día del período de cobertura correspondiente al primer período de trabajo para el cual se requieren contribuciones a su nombre.

Para efectos de establecer la elegibilidad inicial:

- **Período de trabajo** se refiere al mes calendario por el cual su empleador debe hacer contribuciones a UNITE HERE HEALTH a su nombre, incluida cualquier cantidad que deba contribuir según los términos de su Acuerdo de convenio colectivo (CBA por sus siglas en inglés).
- **Período de cobertura** se refiere al mes calendario para el cual la cobertura está vigente según lo determinado por el período de trabajo correspondiente.

Ejemplo: Cómo establecer elegibilidad inicial

Período de trabajo	Período de cobertura
Diciembre	Enero

*Suponga que primero se requieren contribuciones del empleador a su nombre para su trabajo de diciembre.
Su cobertura comenzará el 1 de enero y continuará durante el resto de ese mes.*

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp

PLAN HMO (Kaiser Permanente)

Estos cambios solo se aplican si usted tiene el **PLAN HMO** con **KAISER PERMANENTE**.

Si tiene el PLAN PPO con BLUE CROSS BLUE SHIELD, pase a la página 17.



ELEGIBILIDAD (continuación)

Elegibilidad continua: esto reemplaza la sección con el mismo título en su SPD

Una vez que establezca su elegibilidad, seguirá siendo elegible siempre que cumpla los requisitos laborales explicados en su CBA.

Para efectos de elegibilidad continua:

- **Período de trabajo** se refiere al mes calendario por el cual su empleador debe hacer una contribución a UNITE HERE HEALTH a su nombre, incluida cualquier cantidad que deba contribuir según los términos de su CBA.
- **Período de cobertura** se refiere al mes calendario durante el cual la cobertura está vigente según lo determinado por el período de trabajo correspondiente.

Ejemplo: Elegibilidad continua

Período de trabajo	Período de cobertura
Enero	Febrero
Febrero	Marzo
Marzo	Abril

Suponga que adquirió cobertura el 1 de enero porque su empleador estaba obligado a realizar contribuciones a su nombre durante el período laboral de diciembre. Si se requiere una contribución a su nombre para enero, su cobertura continúa durante febrero. Una contribución para febrero continúa su cobertura para marzo; marzo continuará su cobertura para abril y así sucesivamente.

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp

PLAN HMO (Kaiser Permanente)

Estos cambios solo se aplican si usted tiene el **PLAN HMO** con **KAISER PERMANENTE**.
Si tiene el PLAN PPO con BLUE CROSS BLUE SHIELD, pase a la página 17.



ELEGIBILIDAD (continuación)

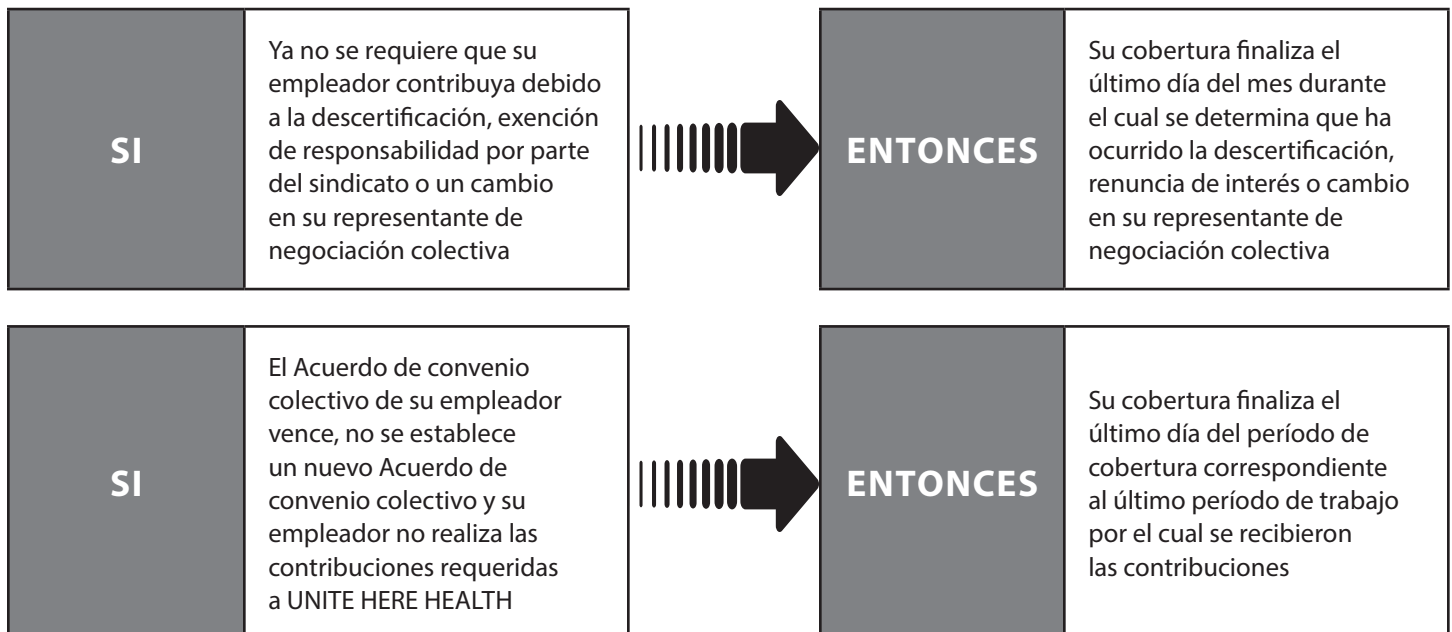
Cuando su cobertura finaliza

Actualmente, su SPD indica que su cobertura finaliza el último día del mes para el cual se requirió que su empleador realice una contribución a su nombre. A partir del mes de cobertura del 1 de enero de 2021, su cobertura finalizará el:

- El último día del período de cobertura para el cual se requirió que su empleador realice una contribución a su nombre durante el período de trabajo correspondiente. Por ejemplo, si la última contribución requerida de su empleador a su nombre fue en enero, su cobertura continúa hasta finales de febrero.

Reglas de finalización especiales: esto reemplaza la sección con el mismo título en su SPD

Su cobertura bajo el Plan finalizará si ocurre cualquiera de lo siguiente:



Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp

PLAN HMO (Kaiser Permanente)

Estos cambios solo se aplican si usted tiene el **PLAN HMO** con **KAISER PERMANENTE**.
Si tiene el **PLAN PPO** con **BLUE CROSS BLUE SHIELD**, pase a la página 17.



ELEGIBILIDAD (continuación)

SI

El Acuerdo de convenio colectivo de su empleador vence, no se establece un nuevo Acuerdo de convenio colectivo, pero su empleador continúa realizando las contribuciones requeridas a UNITE HERE HEALTH



ENTONCES

Su cobertura finaliza el último día del duodécimo mes después de que expire el Acuerdo de convenio colectivo, a menos que los Fideicomisarios aprueben una extensión

SI

Su empleador se retira total o parcialmente de UNITE HERE HEALTH

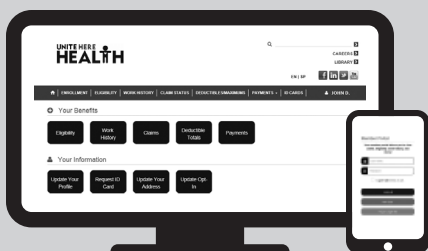


ENTONCES

Su cobertura finaliza el último día del mes para el cual su empleador tiene la obligación de hacer contribuciones a UNITE HERE HEALTH

Siempre debe mantenerse informado sobre las negociaciones de su sindicato y cómo es que estas negociaciones pueden afectar su elegibilidad para recibir beneficios.

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp



Ahorre tiempo, conéctese en línea

Visite su portal de miembros a **uhh.org/member** para ver sus beneficios, solicitar una tarjeta de identificación, ¡y más!

PLAN HMO
(Kaiser Permanente)

Estos cambios solo se aplican si usted tiene el **PLAN HMO** con **KAISER PERMANENTE**.
Si tiene el PLAN PPO con BLUE CROSS BLUE SHIELD, pase a la página 17.

**ELEGIBILIDAD** (continuación)

Super Saver Plan

Efectivo a partir del 1 de enero de 2021 hasta el 31 de octubre de 2021.

Super Saver no está disponible si 1) está jubilado; o 2) está inscrito en un beneficio complementario de Medicare o un beneficio de reembolso deducible de Medicare, o 3) no está inscrito para recibir beneficios médicos.

Recientemente recibió un folleto y Preguntas frecuentes (FAQs, por sus siglas en inglés) acerca de una opción nueva y económica, llamada Super Saver.

La opción de Super Saver está disponible si usted pierde cobertura entre el 30 de junio de 2020 y el 30 de septiembre de 2021 debido a falta de trabajo, despido u horas reducidas. Esta es una forma rentable para usted (y cualquier dependiente que estaba inscrito cuando perdió la cobertura) para continuar con los mismos beneficios médicos, de medicamentos recetados, dentales y de la vista. Esto no incluye seguro de vida o discapacidad (si aplica bajo su Plan). Tiene un costo fijo por mes y tiene una duración de hasta 4 meses. Tendrá la oportunidad de elegir cobertura de COBRA cuando termine su cobertura de Super Saver.

Mientras tenga Super Saver, por lo general no podrá añadir dependientes o cambiar opciones de beneficios (si está disponible). Sin embargo, si tiene un evento de inscripción especial mientras tiene Super Saver, puede añadir dependientes o hacer cambios. Si tiene un evento de inscripción especial, comuníquese con el Fondo para obtener más información sobre cuándo vencen los materiales de inscripción y cuándo entrarán en vigencia los cambios.

Los eventos especiales de inscripción incluyen:

- Terminación de otra cobertura médica que usted (o su dependiente) tenía cuando ya era elegible para cobertura (o su dependiente era elegible para cobertura por primera vez). Si su otra cobertura (o la de su dependiente) era COBRA, tiene un derecho de inscripción especial solo si usted (o su dependiente) ha agotado el período máximo de continuación de COBRA.

**Llame a la
línea directas de
Super Saver:
(855) 321-4373**

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp

PLAN HMO
(Kaiser Permanente)

Estos cambios solo se aplican si usted tiene el **PLAN HMO** con **KAISER PERMANENTE**.
Si tiene el **PLAN PPO** con **BLUE CROSS BLUE SHIELD**, pase a la página 17.

**ELEGIBILIDAD** (continuación)

- Usted contrae matrimonio.
- El nacimiento de un hijo(a).
- Una adopción o colocación para adopción de un(a) menor de 26 años de edad.
- Un dependiente que vivía en otro país viene a Estados Unidos y comparte la residencia con usted.
- Su dependiente o usted pierden elegibilidad para recibir beneficios de Medicaid o del Programa de Seguro de Salud Infantil (CHIP, por sus siglas en inglés).
- Cuando usted o un dependiente es elegible para recibir ayuda financiera del estado bajo Medicaid o CHIP para ayudar a pagar el costo de cobertura de dependientes de UNITE HERE HEALTH.

Si hay un período de inscripción abierto mientras tiene Super Saver o si su Plan permite cambios en cualquier momento, puede solicitarlos, pero no entrarán en vigencia hasta que finalice Super Saver, por ejemplo, cuando recupere la elegibilidad o elija cobertura de COBRA.

Si desea detener la cobertura de un dependiente mientras tiene Super Saver, comuníquese con el Fondo: (Debe completar un formulario para detener la cobertura de su cónyuge).

Puede visitar www.uhh.org/supersaver para obtener más información, lo que incluye una copia de las Preguntas frecuentes de Super Saver, cuánto cuesta por mes y cuándo se vencen los pagos.

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp

PLAN HMO (Kaiser Permanente)

Estos cambios solo se aplican si usted tiene el **PLAN HMO** con **KAISER PERMANENTE**.
Si tiene el PLAN PPO con BLUE CROSS BLUE SHIELD, pase a la página 17.

MÉDICA

Aplican costos compartidos para el tratamiento de Kaiser por Covid-19

Este cambio aplica únicamente si usted está inscrito en Kaiser HMO.

A partir del 1 de marzo de **2021** (no para 2020 como se indicó en comunicaciones recientes), el tratamiento por COVID-19 estará sujeto a las reglas regulares del Plan (lo que incluye el costo compartido que debe pagar, los requerimientos de la red y lo que no está cubierto).

ELEGIBILIDAD

Texto reemplazado de COBRA

A partir del 1 de mayo de 2020, el texto de COBRA en la descripción resumida del plan (SPD, por sus siglas en inglés) ha sido reemplazado en su totalidad con el siguiente:

Continuación de cobertura de COBRA

El derecho a la continuación de cobertura de COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura bajo el Plan, fue creado en virtud de una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA por sus siglas en inglés). La continuación de cobertura de COBRA puede estar disponible para usted y otros miembros de su familia cuando la cobertura de salud colectiva de otra forma terminaría. **Este SMM explica la continuación de cobertura de COBRA, cuándo puede estar disponible para usted y su familia y qué debe hacer para proteger su derecho de obtenerla.** Para obtener más información sobre sus derechos y obligaciones según el Plan y la ley federal, debe leer este SMM o comunicarse con el Fondo.

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp

PLAN HMO
(Kaiser Permanente)

Estos cambios solo se aplican si usted tiene el **PLAN HMO** con **KAISER PERMANENTE**.
Si tiene el **PLAN PPO** con **BLUE CROSS BLUE SHIELD**, pase a la página 17.

**ELEGIBILIDAD** (continuación)**¿Qué es la continuación de cobertura de COBRA?**

La continuación de cobertura de COBRA es una continuación de la cobertura del Plan cuando, de otro modo, esta finalizaría debido a un evento de vida. Esto también se conoce como “evento calificable”. Los eventos calificables específicos se enumeran más adelante en esta sección. Después de un evento calificable, la cobertura de Continuación de COBRA debe ofrecerse a cada persona que sea un “beneficiario calificado”. Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si se pierden la cobertura bajo el plan debido a un evento calificativo. Según el Plan, los beneficiarios calificados que eligen la continuación de cobertura de COBRA deben pagar la misma.

La continuación de cobertura es la misma cobertura que el Plan brinda a otros participantes o beneficiarios del Plan que no reciben la continuación de cobertura, excepto que no puede continuar con el seguro de vida, muerte accidental y desmembramiento, o beneficios por discapacidad a corto plazo. Cada beneficiario calificado que elija la continuación de cobertura tendrá los mismos derechos bajo el Plan que otros participantes o beneficiarios cubiertos por el mismo, incluidos los derechos de inscripción abierta y de inscripción especial.

Si es un empleado, se convertirá en un beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos calificativos:

- Se reducen sus horas de trabajo;
- Su empleo termina por cualquier razón que no sea un mal comportamiento grave; o
- Su empleador se retira de UNITE HERE HEALTH.

Si usted es el cónyuge de un empleado, se convertirá en beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos calificativos:

- Fallecimiento de su cónyuge;
- Se reducen las horas de trabajo de su cónyuge;
- El empleo de su cónyuge termina por cualquier razón que no sea un mal comportamiento grave;
- El empleador de su cónyuge se retira de UNITE HERE HEALTH.

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp

PLAN HMO
(Kaiser Permanente)

Estos cambios solo se aplican si usted tiene el **PLAN HMO** con **KAISER PERMANENTE**.

Si tiene el **PLAN PPO** con **BLUE CROSS BLUE SHIELD**, pase a la página 17.

**ELEGIBILIDAD** (continuación)

- Su cónyuge adquiere derecho de recibir beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas); o
- Se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes se convertirán en beneficiarios calificados si pierden la cobertura del Plan debido a los siguientes eventos calificativos:

- Fallecimiento del padre o madre del empleado;
- Se reducen las horas de trabajo del padre o madre del empleado;
- El empleo del padre o madre del empleado termina por cualquier razón que no sea un mal comportamiento grave;
- El empleador del padre o madre del empleado se retira de UNITE HERE HEALTH;
- El padre o madre del empleado adquiere el derecho de recibir beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas);
- Los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- El hijo deja de ser elegible para recibir cobertura del Plan como “hijo dependiente”.

¿Cuándo está disponible la continuación de cobertura de COBRA?

El Plan ofrecerá la continuación de cobertura de COBRA a los beneficiarios calificados solo después de que el Administrador del Plan haya sido notificado de que ha ocurrido un evento calificativo. El empleador debe notificar al Administrador del Plan sobre los siguientes eventos calificativos

- La terminación de empleo o la reducción de horas de trabajo;
- Fallecimiento del empleado; o
- El empleado tiene derecho a los beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas).

UNITE HERE HEALTH utiliza sus propios registros para determinar cuándo finaliza la cobertura de un participante en virtud del Plan.

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (833) 637-3519 • [uhh.org/fsp](https://www.uhh.org/fsp)

PLAN HMO
(Kaiser Permanente)

Estos cambios solo se aplican si usted tiene el **PLAN HMO** con **KAISER PERMANENTE**.
Si tiene el **PLAN PPO** con **BLUE CROSS BLUE SHIELD**, pase a la página 17.

**ELEGIBILIDAD** (continuación)

Para todos los demás eventos calificativos (divorcio o separación legal del empleado y el cónyuge, o pérdida de elegibilidad de un hijo dependiente para la cobertura como hijo dependiente), debe notificar al Administrador del Plan dentro de los 60 días posteriores a la ocurrencia del evento calificativo. Debe proporcionar este aviso a UNITE HERE HEALTH.

Debe usar los formularios del Fondo para notificar cualquier evento calificable, si la Administración del Seguro Social determina que usted o un dependiente están discapacitados, o si ya no lo están. Puede obtener un formulario llamando al Fondo al (833) 637-3519.

¿Cómo se proporciona la continuación de cobertura de COBRA?

Cuando el Administrador del Plan recibe un aviso de que ha ocurrido un evento calificable ha ocurrido, determinará si usted o sus dependientes tienen derecho de recibir la continuación de cobertura de COBRA.

- Si usted o sus dependientes no tienen derecho de recibir la continuación de cobertura de COBRA, recibirán a un aviso por correo postal, dentro de los 14 días después de que se le haya notificado a UNITE HERE HEALTH sobre el evento calificable. El aviso explicará por qué la cobertura de continuación de COBRA no está disponible.
- Si usted o sus dependientes tienen derecho de recibir continuación de cobertura de COBRA, se le enviará una descripción de sus derechos de continuación de cobertura de COBRA por correo postal, así como los formularios de elección correspondientes. La descripción de los derechos de continuación de cobertura de COBRA y los formularios de elección serán enviados por correo postal dentro de los 45 días después de que se le haya notificado a UNITE HERE HEALTH sobre el evento calificativo. Estos materiales se enviarán por correo postal a quienes tengan derecho de recibir continuación de cobertura, a la dirección más reciente conocida en su expediente.

*Si tiene un evento
que califica,
contáctenos
dentro de 60 días*

**UNITE HERE
HEALTH**

Attn: COBRA
Department
P.O. Box 6557
Aurora, IL 60589-0557

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp

PLAN HMO
(Kaiser Permanente)

Estos cambios solo se aplican si usted tiene el **PLAN HMO** con **KAISER PERMANENTE**.

Si tiene el **PLAN PPO** con **BLUE CROSS BLUE SHIELD**, pase a la página 17.

**ELEGIBILIDAD** (continuación)

Se ofrecerá la continuación de cobertura de COBRA a cada uno de los beneficiarios calificados. Cada beneficiario calificado tendrá un derecho independiente de elegir la continuación de cobertura de COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la continuación de cobertura de COBRA a nombre de sus cónyuges y los padres pueden elegir la continuación de cobertura de COBRA a nombre de sus hijos.

Debe completar un formulario de elección de continuación de cobertura de COBRA y enviarlo dentro de los 60 días posteriores a la última de las siguientes fechas:

- La fecha de finalización de la cobertura bajo el Plan.
- La fecha en la que el Fondo envía el formulario de elección y una descripción de los derechos y procedimientos de continuación de cobertura de COBRA del Plan.

Si su formulario de elección o el de sus dependientes se recibe dentro del período de elección de 60 días, a usted o a sus dependientes se les enviará un aviso de prima que muestra el monto adeudado por la continuación de cobertura de COBRA. El monto cobrado por la continuación de cobertura de COBRA no será mayor que el monto permitido por la ley federal.

- UNITE HERE HEALTH debe recibir el primer pago dentro de los 45 días posteriores a la fecha en que recibe su formulario de elección. El primer pago debe ser igual a las primas adeudadas desde la fecha de finalización de la cobertura hasta el final del mes en que se realiza el pago. Esto significa que su primer pago puede ser por más de un mes de continuación de cobertura de COBRA.
- Después del primer pago, los pagos adicionales vencen el primer día de cada mes durante el cual se continuará la cobertura. Para continuar la cobertura, cada pago mensual debe tener fecha de franqueo a más tardar 30 días después del plazo de pago.

Los pagos para la continuación de cobertura de COBRA pueden hacerse con cheque o giro postal (u otro método aceptable para UNITE HERE HEALTH), pagaderos a nombre de UNITE HERE HEALTH.

*Envíe su pago
de COBRA a:*

**UNITE HERE
HEALTH**

Attn: COBRA
Department
P.O. Box 809328
Aurora, IL
60680-9328

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp

PLAN HMO
(Kaiser Permanente)

Estos cambios solo se aplican si usted tiene el **PLAN HMO** con **KAISER PERMANENTE**.

Si tiene el **PLAN PPO** con **BLUE CROSS BLUE SHIELD**, pase a la página 17.

**ELEGIBILIDAD** (continuación)

Por lo general, la continuación de cobertura de COBRA es una continuación temporal de la cobertura que dura hasta 18 meses debido a la terminación de empleo o la reducción de horas de trabajo. Ciertos eventos que califican, o un segundo evento que califica durante el período inicial de cobertura, pueden permitir que un beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

También hay formas de extender este período de 18 meses de continuación de cobertura de COBRA.

Extensión por discapacidad del período de 18 meses de la continuación de cobertura de COBRA

Si el Seguro Social determina que usted o cualquier miembro de su familia cubierto por el Plan está discapacitado y usted notifica al Administrador del Plan de manera oportuna, usted y toda su familia pueden tener derecho de recibir hasta 11 meses adicionales de continuación de cobertura de COBRA, por un máximo de 29 meses. La discapacidad debe haber comenzado en algún momento el o antes del día 60 de la continuación de cobertura de COBRA y debe durar por lo menos hasta el final del período de 18 meses de la continuación de cobertura. Para calificar para esta cobertura extendida especial de COBRA, la persona debe enviar (o traer) a la Oficina del Fondo la determinación de discapacidad del Seguro Social antes de que expiren los 18 meses iniciales de continuación de cobertura. Después de que el Plan reciba una copia de la determinación de discapacidad, se le notificará sobre cualquier aumento en el costo que sea necesario para continuar con la Cobertura de COBRA durante el período extendido (el período entre 18 y 29 meses).

Cada beneficiario calificado que haya elegido la continuación de cobertura tendrá derecho a la extensión por discapacidad de 11 meses si uno de ellos califica. Si se determina que el beneficiario calificado ya no está discapacitado bajo la SSA, debe notificar al Plan sobre ese hecho dentro de los 30 días posteriores a esa determinación.

Segunda extensión de evento calificado del período de 18 meses de continuación de cobertura

Si su familia experimenta otro evento que califica durante los 18 meses de la continuación de cobertura de COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes de su familia pueden recibir hasta 18 meses adicionales de la continuación de cobertura de COBRA, por un máximo de 36 meses, si se notifica adecuadamente al Plan sobre el segundo evento de clasificación. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que reciba la continuación de cobertura de COBRA si el empleado o ex empleado fallece; adquiere derecho a los beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas); se divorcia o se separa legalmente; o si el hijo dependiente deja de ser elegible bajo el Plan como hijo dependiente. Esta extensión solo está disponible si el segundo evento calificado hubiera causado que el cónyuge o hijo dependiente pierdan la cobertura bajo el Plan si no hubiera ocurrido el primer evento que califica.

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp

PLAN HMO
(Kaiser Permanente)

Estos cambios solo se aplican si usted tiene el **PLAN HMO** con **KAISER PERMANENTE**.

Si tiene el **PLAN PPO** con **BLUE CROSS BLUE SHIELD**, pase a la página 17.

**ELEGIBILIDAD** (continuación)**¿Cuándo finalizará la continuación de cobertura de COBRA?**

La continuación de cobertura de COBRA finalizará cuando haya alcanzado el período de tiempo máximo durante el cual se puede continuar la cobertura. Sin embargo, la continuación de cobertura terminará antes si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- El final del mes por el cual se pagó una prima por última vez, si usted o sus dependientes no pagan ninguna prima requerida a su vencimiento.
- La fecha en que termina el Plan.
- La fecha en que la cobertura de Medicare entra en vigencia si comienza después de la elección de COBRA de la persona (la cobertura de Medicare significa que tiene derecho a la cobertura de Medicare; ha solicitado o se ha inscrito para esa cobertura, si la solicitud es necesaria; y su cobertura de Medicare es efectiva).
- La fecha en que se cumplen nuevamente los requerimientos de elegibilidad del plan.
- El final del mes ocurre 30 días después de la fecha en que finaliza la discapacidad según la Ley de Seguridad Social, si esa fecha ocurre después de que hayan expirado los primeros 18 meses de la continuación de cobertura.
- La fecha en que la cobertura comienza bajo cualquier otro plan de salud colectivo.

Si la terminación de la continuación de cobertura finaliza por alguno de los motivos mencionados anteriormente, se le enviará un aviso de terminación anticipada por correo postal después de que finalice la cobertura. El aviso especificará la fecha en que finalizó la cobertura y el motivo.

¿Existen otras opciones de cobertura además de la continuación de cobertura de COBRA?

Sí. En lugar de inscribirse en la continuación de cobertura de COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través de autopagos (si tiene esa opción), o Healthcare Insurance Marketplace, en Medicare, Medicaid, Programa de seguro médico para niños (CHIP, por sus siglas en inglés), u otras opciones de cobertura de planes de salud colectivos (como el plan de un cónyuge) a través de lo que se denomina un “período de inscripción especial”. Algunas de estas opciones pueden costar menos que la continuación de cobertura de COBRA. Puede obtener más información sobre muchas de estas opciones en www.HealthCare.gov.

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp

PLAN HMO
(Kaiser Permanente)

Estos cambios solo se aplican si usted tiene el **PLAN HMO** con **KAISER PERMANENTE**.
Si tiene el **PLAN PPO** con **BLUE CROSS BLUE SHIELD**, pase a la página 17.

**ELEGIBILIDAD** (continuación)

Debe comparar sus otras opciones de cobertura con la continuación de cobertura de COBRA y elegir la cobertura más conveniente para usted. Por ejemplo, si se cambia a otra cobertura, es posible que pague más de su bolsillo de lo que pagaría con COBRA porque la nueva cobertura puede imponer un nuevo deducible.

¿Puedo inscribirme en Medicare en lugar de la continuación de cobertura de COBRA después de que finalice la cobertura de mi plan de salud colectivo?

En general, si no se inscribe en la Parte A o B de Medicare cuando es elegible por primera vez porque todavía está empleado, después del período de inscripción inicial de Medicare, tiene un período de inscripción especial de 8 meses para inscribirse en la Parte A o B de Medicare, comenzando en el primero de:

- El mes posterior al término de su empleo; o
- El mes posterior al término de cobertura del plan de salud colectivo en base al empleo actual.

Si no se inscribe en Medicare y elige la continuación de cobertura de COBRA, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte B y puede tener un vacío en la cobertura si decide que desea la Parte B más adelante. Si elige la continuación de cobertura de COBRA y luego se inscribe en la Parte A o B de Medicare antes de que finalice la continuación de cobertura de COBRA, el Plan puede cancelar su continuación de cobertura. Sin embargo, si Medicare Parte A o B entra en vigencia en la fecha de la elección de COBRA o antes, la cobertura de COBRA no puede interrumpirse debido al derecho de Medicare, incluso si se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de elección de cobertura de COBRA.

Si está inscrito tanto en la continuación de cobertura de COBRA como en Medicare, por lo general Medicare pagará primero (pagador principal) y la continuación de cobertura de COBRA pagará segundo. Algunos planes pueden pagar como si fueran secundarios a Medicare, incluso si no está inscrito en Medicare.

Para obtener más información visite <https://www.medicare.gov/medicare-and-you>.

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp

PLAN HMO
(Kaiser Permanente)

Estos cambios solo se aplican si usted tiene el **PLAN HMO** con **KAISER PERMANENTE**.
Si tiene el **PLAN PPO** con **BLUE CROSS BLUE SHIELD**, pase a la página 17.

**ELEGIBILIDAD** (continuación)**Si tiene preguntas**

Las preguntas acerca de su Plan o sus derechos de continuación de cobertura de COBRA deben dirigirse al contacto o a los contactos identificados a continuación. Para obtener más información sobre sus derechos en virtud de la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados (ERISA por sus siglas en inglés), incluida COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible y otras leyes que afectan los planes de salud colectivos, comuníquese con la oficina regional o distrital más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios (EBSA, por sus siglas en inglés) del Departamento de Trabajo de EE. UU. en su área o visite www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y distritales de EBSA están disponibles en el sitio web de EBSA). Para obtener más información sobre Marketplace, visite www.HealthCare.gov.

Mantenga su Plan informado sobre cambios de dirección

Para proteger los derechos de su familia, debe mantener informado al Administrador del Plan sobre cualquier cambio en las direcciones de los familiares. Usted también debería guardar una copia, para sus registros, de cualquier notificación que envíe al Administrador del Plan.

*Información de
contacto del Plan:*

**UNITE HERE
HEALTH**

Attn: COBRA
Department
P.O. Box 6557
Aurora, IL
60589-0557

(833) 637-3519

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp

PLAN PPO
(Blue Cross Blue Shield)

Estos cambios solo se aplican si usted tiene el **PLAN PPO** con **BLUE CROSS BLUE SHIELD**.

Si tiene el **PLAN HMO** con **KAISER PERMANENTE**, pase a la página 1.



ELEGIBILIDAD

Las reglas de su elegibilidad están cambiando

A partir del mes de cobertura del 1 de enero de 2021, cambiarán las reglas sobre cómo obtener y mantener elegibilidad para cobertura. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad, comuníquese con el Fondo.

Su CBA especifica cuándo es que su empleador debe hacer contribuciones por usted, incluso cuándo es que su empleador debe comenzar a hacer contribuciones para las nuevas contrataciones, después de un despido u otra licencia. En general, usted será elegible para recibir cobertura para el mes inmediatamente posterior a cualquier mes en que su empleador realice una contribución por usted. Consulte a su CBA o comuníquese con su empleador, o sindicato cuando tenga preguntas sobre cuándo es que su empleador debe hacer contribuciones por usted.



(833) 637-3519 • uhh.org/fsp

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

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

Lea con atención la información y guárdela junto con su SPD, para futura referencia.

Excepto por lo descrito en el SMM, la información que contiene el SPD continúa vigente.

Debido a la pandemia, en general usted tiene más tiempo para hacer ciertas cosas, como presentar o apelar un reclamo, inscribir a un dependiente nuevo o elegir COBRA y hacer pagos de COBRA. Llámenos para obtener más información.

PLAN PPO (Blue Cross Blue Shield)

Estos cambios solo se aplican si usted tiene el **PLAN PPO** con **BLUE CROSS BLUE SHIELD**.
Si tiene el **PLAN HMO** con **KAISER PERMANENTE**, pase a la página 1.



ELEGIBILIDAD (continuación)

Cuándo comienza su cobertura (elegibilidad inicial): esto reemplaza la sección con el mismo título en su SPD

Su cobertura comienza a las 12:01 a. m. del primer día del período de cobertura correspondiente al primer período de trabajo para el cual se requieren contribuciones a su nombre.

Para efectos de establecer la elegibilidad inicial:

- **Período de trabajo** se refiere al mes calendario por el cual su empleador debe hacer contribuciones a UNITE HERE HEALTH a su nombre, incluida cualquier cantidad que deba contribuir según los términos de su Acuerdo de convenio colectivo (CBA por sus siglas en inglés).
- **Período de cobertura** se refiere al mes calendario para el cual la cobertura está vigente según lo determinado por el período de trabajo correspondiente.

Ejemplo: Cómo establecer elegibilidad inicial

Período de trabajo	Período de cobertura
Diciembre	Enero

*Suponga que primero se requieren contribuciones del empleador a su nombre para su trabajo de diciembre.
Su cobertura comenzará el 1 de enero y continuará durante el resto de ese mes.*

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp

PLAN PPO (Blue Cross Blue Shield)

Estos cambios solo se aplican si usted tiene el **PLAN PPO** con **BLUE CROSS BLUE SHIELD**.

Si tiene el **PLAN HMO** con **KAISER PERMANENTE**, pase a la página 1.



ELEGIBILIDAD (continuación)

Elegibilidad continua: esto reemplaza la sección con el mismo título en su SPD

Una vez que establezca su elegibilidad, seguirá siendo elegible siempre que cumpla los requisitos laborales explicados en su CBA.

Para efectos de elegibilidad continua:

- **Período de trabajo** se refiere al mes calendario por el cual su empleador debe hacer una contribución a UNITE HERE HEALTH a su nombre, incluida cualquier cantidad que deba contribuir según los términos de su CBA.
- **Período de cobertura** se refiere al mes calendario durante el cual la cobertura está vigente según lo determinado por el período de trabajo correspondiente.

Ejemplo: Elegibilidad continua

Período de trabajo	Período de cobertura
Enero	Febrero
Febrero	Marzo
Marzo	Abril

Suponga que adquirió cobertura el 1 de enero porque su empleador estaba obligado a realizar contribuciones a su nombre durante el período laboral de diciembre. Si se requiere una contribución a su nombre para enero, su cobertura continúa durante febrero. Una contribución para febrero continúa su cobertura para marzo; marzo continuará su cobertura para abril y así sucesivamente.

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp

PLAN PPO (Blue Cross Blue Shield)

Estos cambios solo se aplican si usted tiene el **PLAN PPO** con **BLUE CROSS BLUE SHIELD**.
Si tiene el **PLAN HMO** con **KAISER PERMANENTE**, pase a la página 1.



ELEGIBILIDAD (continuación)

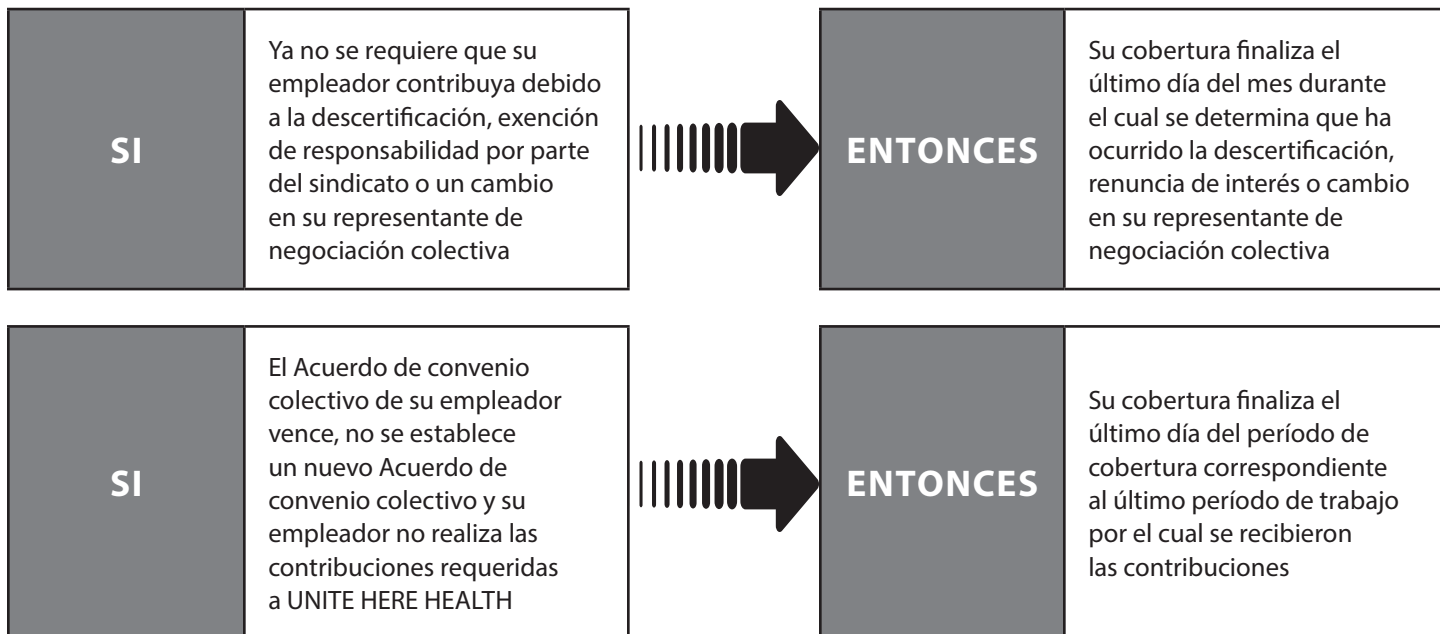
Cuando su cobertura finaliza

Actualmente, su SPD indica que su cobertura finaliza el último día del mes para el cual se requirió que su empleador realice una contribución a su nombre. A partir del mes de cobertura del 1 de enero de 2021, su cobertura finalizará el:

- El último día del período de cobertura para el cual se requirió que su empleador realice una contribución a su nombre durante el período de trabajo correspondiente. Por ejemplo, si la última contribución requerida de su empleador a su nombre fue en enero, su cobertura continúa hasta finales de febrero.

Reglas de finalización especiales: esto reemplaza la sección con el mismo título en su SPD

Su cobertura bajo el Plan finalizará si ocurre cualquiera de lo siguiente:



Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (833) 637-3519 • [uhh.org/fsp](https://www.uhh.org/fsp)

PLAN PPO (Blue Cross Blue Shield)

Estos cambios solo se aplican si usted tiene el **PLAN PPO** con **BLUE CROSS BLUE SHIELD**.

Si tiene el **PLAN HMO** con **KAISER PERMANENTE**, pase a la página 1.



ELEGIBILIDAD (continuación)

SI

El Acuerdo de convenio colectivo de su empleador vence, no se establece un nuevo Acuerdo de convenio colectivo, pero su empleador continúa realizando las contribuciones requeridas a UNITE HERE HEALTH



ENTONCES

Su cobertura finaliza el último día del duodécimo mes después de que expire el Acuerdo de convenio colectivo, a menos que los Fideicomisarios aprueben una extensión

SI

Su empleador se retira total o parcialmente de UNITE HERE HEALTH

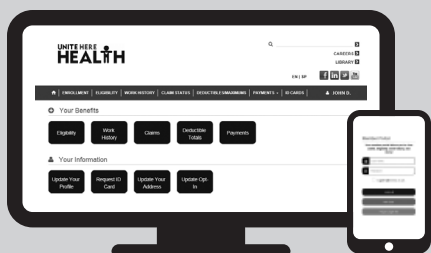


ENTONCES

Su cobertura finaliza el último día del mes para el cual su empleador tiene la obligación de hacer contribuciones a UNITE HERE HEALTH

Siempre debe mantenerse informado sobre las negociaciones de su sindicato y cómo es que estas negociaciones pueden afectar su elegibilidad para recibir beneficios.

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp



Ahorre tiempo, conéctese en línea

Visite su portal de miembros a **uhh.org/member** para ver sus beneficios, solicitar una tarjeta de identificación, ¡y más!

PLAN PPO (Blue Cross Blue Shield)

Estos cambios solo se aplican si usted tiene el **PLAN PPO** con **BLUE CROSS BLUE SHIELD**.
Si tiene el **PLAN HMO** con **KAISER PERMANENTE**, pase a la página 1.



ELEGIBILIDAD (continuación)

Super Saver Plan

Efectivo a partir del 1 de enero de 2021 hasta el 31 de octubre de 2021.

Super Saver no está disponible si 1) está jubilado; o 2) está inscrito en un beneficio complementario de Medicare o un beneficio de reembolso deducible de Medicare, o 3) no está inscrito para recibir beneficios médicos.

Recientemente recibió un folleto y Preguntas frecuentes (FAQs, por sus siglas en inglés) acerca de una opción nueva y económica, llamada Super Saver.

La opción de Super Saver está disponible si usted pierde cobertura entre el 30 de junio de 2020 y el 30 de septiembre de 2021 debido a falta de trabajo, despido u horas reducidas. Esta es una forma rentable para usted (y cualquier dependiente que estaba inscrito cuando perdió la cobertura) para continuar con los mismos beneficios médicos, de medicamentos recetados, dentales y de la vista. Esto no incluye seguro de vida o discapacidad (si aplica bajo su Plan). Tiene un costo fijo por mes y tiene una duración de hasta 4 meses. Tendrá la oportunidad de elegir cobertura de COBRA cuando termine su cobertura de Super Saver.

Mientras tenga Super Saver, por lo general no podrá añadir dependientes o cambiar opciones de beneficios (si está disponible). Sin embargo, si tiene un evento de inscripción especial mientras tiene Super Saver, puede añadir dependientes o hacer cambios. Si tiene un evento de inscripción especial, comuníquese con el Fondo para obtener más información sobre cuándo vencen los materiales de inscripción y cuándo entrarán en vigencia los cambios.

Los eventos especiales de inscripción incluyen:

- Terminación de otra cobertura médica que usted (o su dependiente) tenía cuando ya era elegible para cobertura (o su dependiente era elegible para cobertura por primera vez). Si su otra cobertura (o la de su dependiente) era COBRA, tiene un derecho de inscripción especial solo si usted (o su dependiente) ha agotado el período máximo de continuación de COBRA.

**Llame a la
línea directas de
Super Saver:
(855) 321-4373**

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp

PLAN PPO
(Blue Cross Blue Shield)

Estos cambios solo se aplican si usted tiene el **PLAN PPO** con **BLUE CROSS BLUE SHIELD**.

Si tiene el **PLAN HMO** con **KAISER PERMANENTE**, pase a la página 1.

**ELEGIBILIDAD** (continuación)

- Usted contrae matrimonio.
- El nacimiento de un hijo(a).
- Una adopción o colocación para adopción de un(a) menor de 26 años de edad.
- Un dependiente que vivía en otro país viene a Estados Unidos y comparte la residencia con usted.
- Su dependiente o usted pierden elegibilidad para recibir beneficios de Medicaid o del Programa de Seguro de Salud Infantil (CHIP, por sus siglas en inglés).
- Cuando usted o un dependiente es elegible para recibir ayuda financiera del estado bajo Medicaid o CHIP para ayudar a pagar el costo de cobertura de dependientes de UNITE HERE HEALTH.

Si hay un período de inscripción abierto mientras tiene Super Saver o si su Plan permite cambios en cualquier momento, puede solicitarlos, pero no entrarán en vigencia hasta que finalice Super Saver, por ejemplo, cuando recupere la elegibilidad o elija cobertura de COBRA.

Si desea detener la cobertura de un dependiente mientras tiene Super Saver, comuníquese con el Fondo: (Debe completar un formulario para detener la cobertura de su cónyuge).

Puede visitar www.uhh.org/supersaver para obtener más información, lo que incluye una copia de las Preguntas frecuentes de Super Saver, cuánto cuesta por mes y cuándo se vencen los pagos.

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp

PLAN PPO (Blue Cross Blue Shield)

Estos cambios solo se aplican si usted tiene el **PLAN PPO** con **BLUE CROSS BLUE SHIELD**.
Si tiene el **PLAN HMO** con **KAISER PERMANENTE**, pase a la página 1.



ELEGIBILIDAD (continuación)

Texto reemplazado de COBRA

A partir del 1 de mayo de 2020, el texto de COBRA en la descripción resumida del plan (SPD, por sus siglas en inglés) ha sido reemplazado en su totalidad con el siguiente:

Continuación de cobertura de COBRA

El derecho a la continuación de cobertura de COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura bajo el Plan, fue creado en virtud de una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA por sus siglas en inglés). La continuación de cobertura de COBRA puede estar disponible para usted y otros miembros de su familia cuando la cobertura de salud colectiva de otra forma terminaría. **Este SMM explica la continuación de cobertura de COBRA, cuándo puede estar disponible para usted y su familia y qué debe hacer para proteger su derecho de obtenerla.** Para obtener más información sobre sus derechos y obligaciones según el Plan y la ley federal, debe leer este SMM o comunicarse con el Fondo.

¿Qué es la continuación de cobertura de COBRA?

La continuación de cobertura de COBRA es una continuación de la cobertura del Plan cuando, de otro modo, esta finalizaría debido a un evento de vida. Esto también se conoce como “evento calificable”.

Los eventos calificables específicos se enumeran más adelante en esta sección. Después de un evento calificable, la cobertura de Continuación de COBRA debe ofrecerse a cada persona que sea un “beneficiario calificado”.

Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si se pierden la cobertura bajo el plan debido a un evento calificativo. Según el Plan, los beneficiarios calificados que eligen la continuación de cobertura de COBRA deben pagar la misma.

La continuación de cobertura es la misma cobertura que el Plan brinda a otros participantes o beneficiarios del Plan que no reciben la continuación de cobertura, excepto que no puede continuar con el seguro de vida, muerte accidental y desmembramiento, o beneficios por discapacidad a corto plazo. Cada beneficiario calificado que elija la continuación de cobertura tendrá los mismos derechos bajo el Plan que otros participantes o beneficiarios cubiertos por el mismo, incluidos los derechos de inscripción abierta y de inscripción especial.

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp

PLAN PPO
(Blue Cross Blue Shield)

Estos cambios solo se aplican si usted tiene el **PLAN PPO** con **BLUE CROSS BLUE SHIELD**.
Si tiene el **PLAN HMO** con **KAISER PERMANENTE**, pase a la página 1.

**ELEGIBILIDAD** (continuación)

Si es un empleado, se convertirá en un beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos calificativos:

- Se reducen sus horas de trabajo;
- Su empleo termina por cualquier razón que no sea un mal comportamiento grave; o
- Su empleador se retira de UNITE HERE HEALTH.

Si usted es el cónyuge de un empleado, se convertirá en beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos calificativos:

- Fallecimiento de su cónyuge;
- Se reducen las horas de trabajo de su cónyuge;
- El empleo de su cónyuge termina por cualquier razón que no sea un mal comportamiento grave;
- El empleador de su cónyuge se retira de UNITE HERE HEALTH.
- Su cónyuge adquiere derecho de recibir beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas); o
- Se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes se convertirán en beneficiarios calificados si pierden la cobertura del Plan debido a los siguientes eventos calificativos:

- Fallecimiento del padre o madre del empleado;
- Se reducen las horas de trabajo del padre o madre del empleado;
- El empleo del padre o madre del empleado termina por cualquier razón que no sea un mal comportamiento grave;
- El empleador del padre o madre del empleado se retira de UNITE HERE HEALTH;
- El padre o madre del empleado adquiere el derecho de recibir beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas);
- Los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- El hijo deja de ser elegible para recibir cobertura del Plan como “hijo dependiente”.

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp

PLAN PPO
(Blue Cross Blue Shield)

Estos cambios solo se aplican si usted tiene el **PLAN PPO** con **BLUE CROSS BLUE SHIELD**.
Si tiene el **PLAN HMO** con **KAISER PERMANENTE**, pase a la página 1.

**ELEGIBILIDAD** (continuación)**¿Cuándo está disponible la continuación de cobertura de COBRA?**

El Plan ofrecerá la continuación de cobertura de COBRA a los beneficiarios calificados solo después de que el Administrador del Plan haya sido notificado de que ha ocurrido un evento calificativo. El empleador debe notificar al Administrador del Plan sobre los siguientes eventos calificativos

- La terminación de empleo o la reducción de horas de trabajo;
- Fallecimiento del empleado; o
- El empleado tiene derecho a los beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas).

UNITE HERE HEALTH utiliza sus propios registros para determinar cuándo finaliza la cobertura de un participante en virtud del Plan.

Para todos los demás eventos calificativos (divorcio o separación legal del empleado y el cónyuge, o pérdida de elegibilidad de un hijo dependiente para la cobertura como hijo dependiente), debe notificar al Administrador del Plan dentro de los 60 días posteriores a la ocurrencia del evento calificativo. Debe proporcionar este aviso a UNITE HERE HEALTH.

Debe usar los formularios del Fondo para notificar cualquier evento calificable, si la Administración del Seguro Social determina que usted o un dependiente están discapacitados, o si ya no lo están. Puede obtener un formulario llamando al Fondo al **(833) 637-3519**.

*Si tiene un evento
que califica,
contáctenos
dentro de 60 días*

**UNITE HERE
HEALTH**

Attn: COBRA
Department
P.O. Box 6557
Aurora, IL 60589-0557

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp

PLAN PPO
(Blue Cross Blue Shield)

Estos cambios solo se aplican si usted tiene el **PLAN PPO** con **BLUE CROSS BLUE SHIELD**.
Si tiene el **PLAN HMO** con **KAISER PERMANENTE**, pase a la página 1.

**ELEGIBILIDAD** (continuación)**¿Cómo se proporciona la continuación de cobertura de COBRA?**

Cuando el Administrador del Plan recibe un aviso de que ha ocurrido un evento calificable ha ocurrido, determinará si usted o sus dependientes tienen derecho de recibir la continuación de cobertura de COBRA.

- Si usted o sus dependientes no tienen derecho de recibir la continuación de cobertura de COBRA, recibirán a un aviso por correo postal, dentro de los 14 días después de que se le haya notificado a UNITE HERE HEALTH sobre el evento calificable. El aviso explicará por qué la cobertura de continuación de COBRA no está disponible.
- Si usted o sus dependientes tienen derecho de recibir continuación de cobertura de COBRA, se le enviará una descripción de sus derechos de continuación de cobertura de COBRA por correo postal, así como los formularios de elección correspondientes. La descripción de los derechos de continuación de cobertura de COBRA y los formularios de elección serán enviados por correo postal dentro de los 45 días después de que se le haya notificado a UNITE HERE HEALTH sobre el evento calificativo. Estos materiales se enviarán por correo postal a quienes tengan derecho de recibir continuación de cobertura, a la dirección más reciente conocida en su expediente.

Se ofrecerá la continuación de cobertura de COBRA a cada uno de los beneficiarios calificados. Cada beneficiario calificado tendrá un derecho independiente de elegir la continuación de cobertura de COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la continuación de cobertura de COBRA a nombre de sus cónyuges y los padres pueden elegir la continuación de cobertura de COBRA a nombre de sus hijos.

Debe completar un formulario de elección de continuación de cobertura de COBRA y enviarlo dentro de los 60 días posteriores a la última de las siguientes fechas:

- La fecha de finalización de la cobertura bajo el Plan.
- La fecha en la que el Fondo envía el formulario de elección y una descripción de los derechos y procedimientos de continuación de cobertura de COBRA del Plan.

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp

PLAN PPO
(Blue Cross Blue Shield)

Estos cambios solo se aplican si usted tiene el **PLAN PPO** con **BLUE CROSS BLUE SHIELD**.
Si tiene el **PLAN HMO** con **KAISER PERMANENTE**, pase a la página 1.

**ELEGIBILIDAD** (continuación)

Si su formulario de elección o el de sus dependientes se recibe dentro del período de elección de 60 días, a usted o a sus dependientes se les enviará un aviso de prima que muestra el monto adeudado por la continuación de cobertura de COBRA. El monto cobrado por la continuación de cobertura de COBRA no será mayor que el monto permitido por la ley federal.

- UNITE HERE HEALTH debe recibir el primer pago dentro de los 45 días posteriores a la fecha en que recibe su formulario de elección. El primer pago debe ser igual a las primas adeudadas desde la fecha de finalización de la cobertura hasta el final del mes en que se realiza el pago. Esto significa que su primer pago puede ser por más de un mes de continuación de cobertura de COBRA.
- Después del primer pago, los pagos adicionales vencen el primer día de cada mes durante el cual se continuará la cobertura. Para continuar la cobertura, cada pago mensual debe tener fecha de franqueo a más tardar 30 días después del plazo de pago.

Los pagos para la continuación de cobertura de COBRA pueden hacerse con cheque o giro postal (u otro método aceptable para UNITE HERE HEALTH), pagaderos a nombre de UNITE HERE HEALTH.

Por lo general, la continuación de cobertura de COBRA es una continuación temporal de la cobertura que dura hasta 18 meses debido a la terminación de empleo o la reducción de horas de trabajo. Ciertos eventos que califican, o un segundo evento que califica durante el período inicial de cobertura, pueden permitir que un beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

También hay formas de extender este período de 18 meses de continuación de cobertura de COBRA.

*Envíe su pago
de COBRA a:*

**UNITE HERE
HEALTH**

Attn: COBRA
Department
P.O. Box 809328
Aurora, IL
60680-9328

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp

PLAN PPO
(Blue Cross Blue Shield)

Estos cambios solo se aplican si usted tiene el **PLAN PPO** con **BLUE CROSS BLUE SHIELD**.
Si tiene el **PLAN HMO** con **KAISER PERMANENTE**, pase a la página 1.

**ELEGIBILIDAD** (continuación)*Extensión por discapacidad del período de 18 meses de la continuación de cobertura de COBRA*

Si el Seguro Social determina que usted o cualquier miembro de su familia cubierto por el Plan está discapacitado y usted notifica al Administrador del Plan de manera oportuna, usted y toda su familia pueden tener derecho de recibir hasta 11 meses adicionales de continuación de cobertura de COBRA, por un máximo de 29 meses. La discapacidad debe haber comenzado en algún momento el o antes del día 60 de la continuación de cobertura de COBRA y debe durar por lo menos hasta el final del período de 18 meses de la continuación de cobertura. Para calificar para esta cobertura extendida especial de COBRA, la persona debe enviar (o traer) a la Oficina del Fondo la determinación de discapacidad del Seguro Social antes de que expiren los 18 meses iniciales de continuación de cobertura. Después de que el Plan reciba una copia de la determinación de discapacidad, se le notificará sobre cualquier aumento en el costo que sea necesario para continuar con la Cobertura de COBRA durante el período extendido (el período entre 18 y 29 meses).

Cada beneficiario calificado que haya elegido la continuación de cobertura tendrá derecho a la extensión por discapacidad de 11 meses si uno de ellos califica. Si se determina que el beneficiario calificado ya no está discapacitado bajo la SSA, debe notificar al Plan sobre ese hecho dentro de los 30 días posteriores a esa determinación.

Segunda extensión de evento calificado del período de 18 meses de continuación de cobertura

Si su familia experimenta otro evento que califica durante los 18 meses de la continuación de cobertura de COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes de su familia pueden recibir hasta 18 meses adicionales de la continuación de cobertura de COBRA, por un máximo de 36 meses, si se notifica adecuadamente al Plan sobre el segundo evento de clasificación. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que reciba la continuación de cobertura de COBRA si el empleado o ex empleado fallece; adquiere derecho a los beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas); se divorcia o se separa legalmente; o si el hijo dependiente deja de ser elegible bajo el Plan como hijo dependiente. Esta extensión solo está disponible si el segundo evento calificado hubiera causado que el cónyuge o hijo dependiente pierdan la cobertura bajo el Plan si no hubiera ocurrido el primer evento que califica.

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp

PLAN PPO (Blue Cross Blue Shield)

Estos cambios solo se aplican si usted tiene el **PLAN PPO** con **BLUE CROSS BLUE SHIELD**.
Si tiene el **PLAN HMO** con **KAISER PERMANENTE**, pase a la página 1.



ELEGIBILIDAD (continuación)

¿Cuándo finalizará la continuación de cobertura de COBRA?

La continuación de cobertura de COBRA finalizará cuando haya alcanzado el período de tiempo máximo durante el cual se puede continuar la cobertura. Sin embargo, la continuación de cobertura terminará antes si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- El final del mes por el cual se pagó una prima por última vez, si usted o sus dependientes no pagan ninguna prima requerida a su vencimiento.
- La fecha en que termina el Plan.
- La fecha en que la cobertura de Medicare entra en vigencia si comienza después de la elección de COBRA de la persona (la cobertura de Medicare significa que tiene derecho a la cobertura de Medicare; ha solicitado o se ha inscrito para esa cobertura, si la solicitud es necesaria; y su cobertura de Medicare es efectiva).
- La fecha en que se cumplen nuevamente los requerimientos de elegibilidad del plan.
- El final del mes ocurre 30 días después de la fecha en que finaliza la discapacidad según la Ley de Seguridad Social, si esa fecha ocurre después de que hayan expirado los primeros 18 meses de la continuación de cobertura.
- La fecha en que la cobertura comienza bajo cualquier otro plan de salud colectivo.

Si la terminación de la continuación de cobertura finaliza por alguno de los motivos mencionados anteriormente, se le enviará un aviso de terminación anticipada por correo postal después de que finalice la cobertura. El aviso especificará la fecha en que finalizó la cobertura y el motivo.

¿Existen otras opciones de cobertura además de la continuación de cobertura de COBRA?

Sí. En lugar de inscribirse en la continuación de cobertura de COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través de autopagos (si tiene esa opción), o Healthcare Insurance Marketplace, en Medicare, Medicaid, Programa de seguro médico para niños (CHIP, por sus siglas en inglés), u otras opciones de cobertura de planes de salud colectivos (como el plan de un cónyuge) a través de lo que se denomina un “período de inscripción especial”. Algunas de estas opciones pueden costar menos que la continuación de cobertura de COBRA. Puede obtener más información sobre muchas de estas opciones en www.HealthCare.gov.

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp

PLAN PPO
(Blue Cross Blue Shield)

Estos cambios solo se aplican si usted tiene el **PLAN PPO** con **BLUE CROSS BLUE SHIELD**.
Si tiene el **PLAN HMO** con **KAISER PERMANENTE**, pase a la página 1.

**ELEGIBILIDAD** (continuación)

Debe comparar sus otras opciones de cobertura con la continuación de cobertura de COBRA y elegir la cobertura más conveniente para usted. Por ejemplo, si se cambia a otra cobertura, es posible que pague más de su bolsillo de lo que pagaría con COBRA porque la nueva cobertura puede imponer un nuevo deducible.

¿Puedo inscribirme en Medicare en lugar de la continuación de cobertura de COBRA después de que finalice la cobertura de mi plan de salud colectivo?

En general, si no se inscribe en la Parte A o B de Medicare cuando es elegible por primera vez porque todavía está empleado, después del período de inscripción inicial de Medicare, tiene un período de inscripción especial de 8 meses para inscribirse en la Parte A o B de Medicare, comenzando en el primero de:

- El mes posterior al término de su empleo; o
- El mes posterior al término de cobertura del plan de salud colectivo en base al empleo actual.

Si no se inscribe en Medicare y elige la continuación de cobertura de COBRA, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte B y puede tener un vacío en la cobertura si decide que desea la Parte B más adelante. Si elige la continuación de cobertura de COBRA y luego se inscribe en la Parte A o B de Medicare antes de que finalice la continuación de cobertura de COBRA, el Plan puede cancelar su continuación de cobertura. Sin embargo, si Medicare Parte A o B entra en vigencia en la fecha de la elección de COBRA o antes, la cobertura de COBRA no puede interrumpirse debido al derecho de Medicare, incluso si se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de elección de cobertura de COBRA.

Si está inscrito tanto en la continuación de cobertura de COBRA como en Medicare, por lo general Medicare pagará primero (pagador principal) y la continuación de cobertura de COBRA pagará segundo. Algunos planes pueden pagar como si fueran secundarios a Medicare, incluso si no está inscrito en Medicare.

Para obtener más información visite <https://www.medicare.gov/medicare-and-you>.

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (833) 637-3519 • [uhh.org/fsp](https://www.uhh.org/fsp)

PLAN PPO
(Blue Cross Blue Shield)

Estos cambios solo se aplican si usted tiene el **PLAN PPO** con **BLUE CROSS BLUE SHIELD**.

Si tiene el **PLAN HMO** con **KAISER PERMANENTE**, pase a la página 1.

**ELEGIBILIDAD** (continuación)**Si tiene preguntas**

Las preguntas acerca de su Plan o sus derechos de continuación de cobertura de COBRA deben dirigirse al contacto o a los contactos identificados a continuación. Para obtener más información sobre sus derechos en virtud de la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados (ERISA por sus siglas en inglés), incluida COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible y otras leyes que afectan los planes de salud colectivos, comuníquese con la oficina regional o distrital más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios (EBSA, por sus siglas en inglés) del Departamento de Trabajo de EE. UU. en su área o visite www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y distritales de EBSA están disponibles en el sitio web de EBSA). Para obtener más información sobre Marketplace, visite www.HealthCare.gov.

Mantenga su Plan informado sobre cambios de dirección

Para proteger los derechos de su familia, debe mantener informado al Administrador del Plan sobre cualquier cambio en las direcciones de los familiares. Usted también debería guardar una copia, para sus registros, de cualquier notificación que envíe al Administrador del Plan.

*Información de
contacto del Plan:*

**UNITE HERE
HEALTH**

Attn: COBRA
Department
P.O. Box 6557
Aurora, IL
60589-0557

(833) 637-3519

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp