

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 7.*

 VISION

The changes described in this SMM also affect your Summary of Benefits and Coverage (SBC). Remember, you can always get a copy of your SBC by visiting www.uhh.org/library or by calling (833) 637-3519.

Changes to your vision benefit

Effective January 1, 2023, the Basic Vision benefit, the Vision Plus benefit, and the vision benefits under the free family dental/vision benefits will end. A new, self-funded vision benefit administered by Davis Vision will replace all of these vision benefits, effective January 1, 2023. These claims will not be coordinated with any other plans.

Generally, if you use a Davis Vision provider, you do not need to file a claim for vision care because Davis Vision providers will file the claim on your behalf. However, if you need to file a claim because you used a provider who is not in the Davis Vision network, submit it within 365 days of the date the claim was incurred to: Davis Vision, Vision Care Processing Unit, P.O. Box 1525, Latham, NY 12110.

*If you need to file a claim,
submit it within 365 days to:*

**Davis Vision
Vision Care
Processing Unit**

PO Box 1525
Latham, NY 12110

**UNITE HERE
HEALTH****(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.

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 7.

VISION (continued)

If your claim for benefits is denied, in whole or in part, you may file an appeal. One level of appeal applies to Davis Vision claims. See your SPD for more information about filing appeals for claims with one level of appeal.

The following language replaces the current vision benefits in your SPD:

Vision benefits

UNITE HERE HEALTH has contracted with Davis Vision to administer the vision benefits provided to you and your dependents.

Vision Benefits — What You Pay		
Benefits covered once every calendar year	Davis Vision Network Provider	Non-Network Provider
Eye Exam	\$0 copay	\$0 copay; \$75 maximum
Retinal Imaging	\$20 copay	Not covered
Lenses	\$0 copay	\$0 copay; \$175 maximum for all materials, evaluations, and fittings combined
Frames	\$0 copay for Davis collection Fashion, Designer, or Premier frames \$0 copay; \$150 benefit maximum for all other frames	
Elective Contact Lenses, in lieu of Glasses	\$0 copay for Davis collection contacts \$0 copay; \$150 benefit maximum, plus \$60 benefit maximum for the evaluation and fitting, for all other contacts	
Medically Necessary Contact Lenses	\$0 copay	

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 7.

 VISION (continued)**Network and non-network vision providers**

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

What you pay

You pay any copays shown in the chart at the beginning of this section. You also pay for any expenses the Plan does not cover, including costs that are more than a particular maximum benefit.

Upgrade options through network providers

Although the Plan will not pay for any upgrades or options, if you use a network provider, you can get certain upgrades or options. Some options may be available at no cost; others may have a set fee. Your costs depend on which upgrade(s) you pick.

You can also get discounts on laser eye surgery. (Benefits are not payable for laser eye surgery.)

Get your questions about upgrades and options answered by contacting Davis Vision, or by asking your network provider.

To find a network provider near you, contact:

Davis Vision

(800) 999-5431

www.davisvision.com

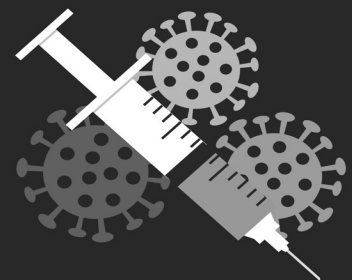
(Register for detailed information)

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

Protect yourself!

Talk to your primary care doctor about which vaccines are right for you!

Vaccines help protect you from getting and spreading serious diseases that could result in poor health, missed work, medical bills, and not being able to care for your family. **Want more info?** Visit www.cdc.gov



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 7.*

VISION *(continued)*

What the Plan pays

The Plan pays 100% of covered expenses after you make any applicable copay. If you use a non-network provider, the Plan only pays up to the maximum shown in the table for your vision care.

What's covered

Benefits are available every calendar year. For example, if you have an exam and get glasses on January 15, 2023, the next time the Plan would cover your exam and lenses would be January 1, 2024.

- Exams (including dilation when professionally indicated).
- Retinal imaging provided by a network provider.
- Plastic lenses, including single vision, bifocal lenses, trifocal lenses, or lenticular lenses.
- Frames.
- Standard contact lenses (disposable or planned replacement), including evaluation & fitting, in lieu of glasses.
 - Disposable and planned replacement contacts will be supplied in quantities determined by Davis Vision.
- Medically necessary contacts, with prior authorization from Davis Vision.
- Low vision services provided by a network provider, with prior authorization from Davis Vision:
 - One low-vision evaluation is covered every five calendar years, with a maximum of \$300.
 - Four follow-up care visits are covered in a five-calendar-year period, with a maximum of \$100 per visit.
 - Up to \$600 for low-vision aids every five calendar years, subject to a lifetime maximum of \$1,200.

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 7.

 VISION *(continued)***What's not covered**

The section of your SPD titled “General exclusions and limitations” explains what the Plan won’t cover. In addition to that list, the following vision treatments, services, and supplies are not covered under the vision benefits:

- Retinal imaging provided by a non-network provider.
- Non-prescription lenses.
- Any type of lenses, frames, services, supplies, or options that are not covered under the Davis Vision contract.
- Two pairs of glasses instead of bifocals.
- Contacts and eyeglasses during the same calendar year.
- Low vision services or supplies that are not pre-approved, or that are more than the maximum benefits or frequency limits specified in the contract with Davis Vision.
- Medical treatment of eye disease or injury (may be covered under “Medical benefits”).
- Replacement of lost or broken contacts, lenses, or frames, except as available under Davis Vision’s warranty.

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

***The UHH Member Portal
mobile app gives you 24/7
access to your benefits!***

Scan the QR code or search “UHH Member Portal” in your app store.



IPHONE



ANDROID

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 7.*



Travel & lodging benefit

Effective July 20, 2022, travel and lodging benefits have been added to help you if you do not have access to certain services in the state in which you live, and if you must travel more than 50 miles to another state to get these services.

Contact Kaiser for more information about how to get help paying for travel and lodging to get these services, including how to file a claim. The rules (for example, how much you can get reimbursed, what type of medical care is eligible for travel and lodging reimbursement, how to get reimbursed, and where you can go to get medical care) may change from time to time. Call Kaiser at the number on the back of your ID card to get more information.

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

Good health starts with knowing your benefits!

- Your most up-to-date benefits information is always available online. Visit www.uhh.org/library to view your SPD, SBC, and other SMMs. These documents help you understand what your benefits are and how to use them. They also tell you the plan's rules and regulations.
- Your Benefits at a Glance, an overview of your benefits in an easy-to-read format, is also online. Go to www.uhh.org and select your plan.



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.

 VISION

The changes described in this SMM also affect your Summary of Benefits and Coverage (SBC). Remember, you can always get a copy of your SBC by visiting **www.uhh.org/library** or by calling (833) 637-3519.

Changes to your vision benefit

Effective January 1, 2023, the Basic Vision benefit, the Vision Plus benefit, and the vision benefits under the free family dental/vision benefits will end. A new, self-funded vision benefit administered by Davis Vision will replace all of these vision benefits, effective January 1, 2023. These claims will not be coordinated with any other plans.

Generally, if you use a Davis Vision provider, you do not need to file a claim for vision care because Davis Vision providers will file the claim on your behalf. However, if you need to file a claim because you used a provider who is not in the Davis Vision network, submit it within 365 days of the date the claim was incurred to: Davis Vision, Vision Care Processing Unit, P.O. Box 1525, Latham, NY 12110.

*If you need to file a claim,
submit it within 365 days to:*

**Davis Vision
Vision Care
Processing Unit**

PO Box 1525
Latham, NY 12110

**UNITE HERE
HEALTH****(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.

VISION (continued)

If your claim for benefits is denied, in whole or in part, you may file an appeal. One level of appeal applies to Davis Vision claims. See your SPD for more information about filing appeals for claims with one level of appeal.

The following language replaces the current vision benefits in your SPD:

Vision benefits

UNITE HERE HEALTH has contracted with Davis Vision to administer the vision benefits provided to you and your dependents.

Vision Benefits — What You Pay		
Benefits covered once every calendar year	Davis Vision Network Provider	Non-Network Provider
Eye Exam	\$0 copay	\$0 copay; \$75 maximum
Retinal Imaging	\$20 copay	Not covered
Lenses	\$0 copay	\$0 copay; \$175 maximum for all materials, evaluations, and fittings combined
Frames	\$0 copay for Davis collection Fashion, Designer, or Premier frames \$0 copay; \$150 benefit maximum for all other frames	
Elective Contact Lenses, in lieu of Glasses	\$0 copay for Davis collection contacts \$0 copay; \$150 benefit maximum, plus \$60 benefit maximum for the evaluation and fitting, for all other contacts	
Medically Necessary Contact Lenses	\$0 copay	

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.

VISION (continued)

Network and non-network vision providers

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

What you pay

You pay any copays shown in the chart at the beginning of this section. You also pay for any expenses the Plan does not cover, including costs that are more than a particular maximum benefit.

Upgrade options through network providers

Although the Plan will not pay for any upgrades or options, if you use a network provider, you can get certain upgrades or options. Some options may be available at no cost; others may have a set fee. Your costs depend on which upgrade(s) you pick.

You can also get discounts on laser eye surgery. (Benefits are not payable for laser eye surgery.)

Get your questions about upgrades and options answered by contacting Davis Vision, or by asking your network provider.

To find a network provider near you, contact:

Davis Vision

(800) 999-5431

www.davisvision.com

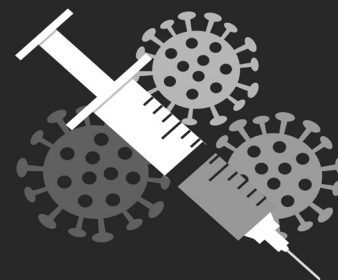
(Register for detailed information)

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

Protect yourself!

Talk to your primary care doctor about which vaccines are right for you!

Vaccines help protect you from getting and spreading serious diseases that could result in poor health, missed work, medical bills, and not being able to care for your family. **Want more info?** Visit www.cdc.gov



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.

VISION *(continued)*

What the Plan pays

The Plan pays 100% of covered expenses after you make any applicable copay. If you use a non-network provider, the Plan only pays up to the maximum shown in the table for your vision care.

What's covered

Benefits are available every calendar year. For example, if you have an exam and get glasses on January 15, 2023, the next time the Plan would cover your exam and lenses would be January 1, 2024.

- Exams (including dilation when professionally indicated).
- Retinal imaging provided by a network provider.
- Plastic lenses, including single vision, bifocal lenses, trifocal lenses, or lenticular lenses.
- Frames.
- Standard contact lenses (disposable or planned replacement), including evaluation & fitting, in lieu of glasses.
 - Disposable and planned replacement contacts will be supplied in quantities determined by Davis Vision.
- Medically necessary contacts, with prior authorization from Davis Vision.
- Low vision services provided by a network provider, with prior authorization from Davis Vision:
 - One low-vision evaluation is covered every five calendar years, with a maximum of \$300.
 - Four follow-up care visits are covered in a five-calendar-year period, with a maximum of \$100 per visit.
 - Up to \$600 for low-vision aids every five calendar years, subject to a lifetime maximum of \$1,200.

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.

 VISION (continued)**What's not covered**

The section of your SPD titled “General exclusions and limitations” explains what the Plan won’t cover. In addition to that list, the following vision treatments, services, and supplies are not covered under the vision benefits:

- Retinal imaging provided by a non-network provider.
- Non-prescription lenses.
- Any type of lenses, frames, services, supplies, or options that are not covered under the Davis Vision contract.
- Two pairs of glasses instead of bifocals.
- Contacts and eyeglasses during the same calendar year.
- Low vision services or supplies that are not pre-approved, or that are more than the maximum benefits or frequency limits specified in the contract with Davis Vision.
- Medical treatment of eye disease or injury (may be covered under “Medical benefits”).
- Replacement of lost or broken contacts, lenses, or frames, except as available under Davis Vision’s warranty.

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

***The UHH Member Portal
mobile app gives you 24/7
access to your benefits!***

Scan the QR code or search “UHH Member Portal” in your app store.



IPHONE



ANDROID

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.

 HEARING

New hearing aid benefit added

Effective January 1, 2023, a hearing aid benefit is added to your Plan! (Hearing *exams* are covered under your medical benefits.) A new section titled “Hearing Aid Benefit” is added to your SPD to read:

Hearing Aid Benefit

This benefit is only available if you are covered under the section titled “PPO medical benefits.”

The Plan provides benefits for hearing aids prescribed by any licensed hearing healthcare professional, including an audiologist, otologist, or otolaryngologist. You must get services while covered under the Plan. If you are examined and a hearing aid is ordered, but your eligibility ends before you get the hearing aid, no benefits are payable unless the hearing aid is delivered within 60 days of your exam and no more than 30 days after your coverage ends.

Hearing Aid Benefit	What the Plan pays
Maximum benefit every 3 calendar years	Plan pays 100% up to \$3,000

What the Plan pays

The Plan will pay 100% up to \$3,000 every three calendar years. The maximum benefit is measured from January 1 of the calendar year in which covered expenses for hearing aids are first incurred.

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.

 HEARING (continued)**What's not covered**

In addition to the section titled “General exclusions and limitations” in your SPD, the following are not covered under the hearing aid benefit:

- Hearing exams (exams are covered under your medical benefits).
- Hearing aids not prescribed by a licensed healthcare professional.
- Services for speech therapy, speech readings, or lessons in lip reading.
- Rental or purchase of amplifiers.
- Once your maximum benefit is reached, replacement of a hearing aid for any reason until the start of a new three-calendar year benefit period.
- Hearing aid repair.
- Hearing aid batteries.

 MEDICAL**PSAs are covered through age 69**

A recent SMM showed that prostate-specific antigen (PSA) tests are covered once every 12 months for men ages 40 through 60. However, PSA tests are covered once every 12 months for men ages 40 through **69**.

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.

MEDICAL (continued)

PPO claim filing address

PPO medical benefit options: Medical/surgical and mental health/substance abuse claims

Network providers usually will file the claim for you. However, if you need to file a claim, for example because you used a non-network provider, all claims for hospital, medical, or surgical treatment must be mailed to Horizon Blue Cross and Blue Shield of New Jersey.

All claims for treatment furnished outside of New Jersey must be mailed to the local Blue Cross Blue Shield plan where you were treated.

However, claims for reimbursement for medical foods and travel and lodging expenses should be sent to UNITE HERE HEALTH. Be sure to include a completed claim form and itemized receipts.

Send your claims for hospital, medical, or surgical treatment to:

Horizon Blue Cross and Blue Shield of New Jersey

P. O. Box 1219
Newark, NJ 07101-1219

Send your claims for medical foods and travel and lodging expenses to:

UNITE HERE HEALTH

Attention: Claims Manager
P.O. Box 6020
Aurora, IL 60598-0020

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

Good health starts with knowing your benefits!

- Your most up-to-date benefits information is always available online. Visit www.uhh.org/library to view your SPD, SBC, and other SMMs. These documents help you understand what your benefits are and how to use them. They also tell you the plan's rules and regulations.
- Your Benefits at a Glance, an overview of your benefits in an easy-to-read format, is also online. Go to www.uhh.org and select your plan.



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.

MEDICAL (continued)

Changes to your travel & lodging benefit

This change only applies if you are enrolled in the PPO medical benefit.

Effective July 1, 2022, the Fund expanded your travel and lodging benefit to help you get medical care not available near your home.

	<i>What the Plan pays</i>
Travel and Lodging	Plan pays 100% up to \$10,000 per episode of care, including up to \$200 per day for lodging and up to \$50 per day for meals

The following language replaces the travel and lodging covered expense under the Medical Benefits section of your SPD:

Reimbursement for reasonable travel, lodging, and meal costs to get covered medical treatment that is not available from a network provider within 100 miles of your home. The following rules apply:

- Except in limited situations, the Plan generally requires you get prior authorization of these expenses in order to receive reimbursement. Be sure to contact the Fund before you obtain services to get more information.
- Expenses that are not primarily for and essential to medical care are not covered.
- The travel, lodging, and meal costs of one other person traveling with you (same day as you) will also be covered.
- Travel expenses are reimbursable for airfare or rail travel at the coach rate, taxi or ground transportation, or mileage reimbursement at the current mileage rate issued by the IRS for the most direct route between your residence and the facility. Tolls and parking expenses are also considered eligible travel expenses.

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.



MEDICAL (continued)

- Expenses that are not directly related to travel and lodging are not covered. This includes but is not limited to: alcohol, tobacco, laundry, dry cleaning, telephone, charges exceeding coach class rates, travel or personal trip insurance, child care, house sitting or kennels, reimbursement for any lost wages, charges in connection with a family support person not incurred during your stay at the facility, car maintenance, clothes, entertainment, flowers, cards, stationery, household utilities, cell phone chargers, maid services, security deposits, toiletries, fines or traffic tickets.
- Reimbursement is limited to \$10,000 per episode of care for you and your traveling companion combined. This includes up to \$200 each day for lodging and up to \$50 per day for meal costs for you and your traveling companion combined.
- You must provide the Plan with receipts and any information necessary to process your claim.
- You must participate in any case management programs required by the Fund.
- You cannot get reimbursed for expenses related to your participation in a clinical trial or for services outside of the United States.
- The Fund may prearrange or prepay certain travel or lodging costs instead of requiring you to pay yourself and then file for reimbursement.

If your reimbursement exceeds certain IRS limits, it is considered “imputed income” (benefits that aren’t part of your wages but are taxed as income) and the Fund will send you a tax form. More details about the benefit are available upon request.

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 7.

VISION

Los cambios descritos en este SMM también afectan su Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, por sus siglas en inglés). Recuerde, usted siempre puede obtener una copia de su SBC visitando **www.uhh.org/library** o llamando al (833) 637-3519.

Cambios en su beneficio de la visión

A partir del 1 de enero de 2023, finalizarán el beneficio básico de la vista, el beneficio de Vision Plus y los beneficios de la vista en virtud de los beneficios dentales/de la vista gratuitos para la familia. Un nuevo beneficio de la vista autofinanciado administrado por Davis Vision reemplazará todos estos beneficios de la vista, a partir del 1 de enero de 2023. Estos reclamos no se coordinarán con ningún otro plan.

Si necesita presentar un reclamo, envíelo dentro de los 365 días a:

Davis Vision Vision Care Processing Unit

PO Box 1525
Latham, NY 12110

Por lo general, si acude a un proveedor de Davis Vision, usted no tiene que presentar un reclamo por atención oftalmológica porque los proveedores de Davis Vision presentarán el reclamo en su nombre. Sin embargo, si necesita presentar un reclamo porque usó un proveedor que no está en la red de Davis Vision, envíelo dentro de los 365 días posteriores a la fecha en que se incurrió en el reclamo a: Davis Vision, Vision Care Processing Unit (Unidad de procesamiento de atención de la vista), P.O. Box 1525, Latham, NY 12110.



(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 7.

VISION (continuación)

Si su apelación para beneficios es denegada total o parcialmente, usted puede presentar una apelación. Se aplica un nivel de apelación a las reclamaciones de Davis Vision. Consulte su SPD para obtener más información sobre cómo presentar apelaciones para reclamos con un nivel de apelación.

El siguiente lenguaje reemplaza los beneficios actuales de la visión en su SPD:

Beneficios oftalmológicos

UNITE HERE HEALTH ha contratado a Davis Vision para administrar los beneficios oftalmológicos provistos a usted y a sus dependientes.

Beneficios dentales: lo que usted paga		
Beneficios cubiertos una vez cada año calendario	Proveedor de la red Davis Vision	Proveedor fuera de la red
Examen de la vista	\$0 de copago	\$0 copago; \$75 máximo
Imágenes retinales	\$20 de copago	No cubierto
Lentes	\$0 de copago	\$0 copago; \$175 máximo para todos los materiales, evaluaciones y accesorios combinados
Monturas	\$0 copago para armazones de la colección Davis Fashion, Designer o Premier \$0 copago; \$150 beneficio máximo para todos los demás marcos	
Lentes de contacto electivos, en vez de anteojos	Copago de \$0 para lentes de contacto de la colección Davis Copago de \$0; Máximo de beneficio de \$150, más un máximo de beneficio de \$60 para la evaluación y ajuste, para todos los demás contactos	
Lentes de contacto médicamente necesarios	\$0 de copago	

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 7.

VISIÓN (continuación)

Proveedores de la red versus proveedores fuera de la red

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

Lo que usted paga

Usted paga cualquier copago indicado en el gráfico al inicio de esta sección. También paga cualquier gasto que el Plan no cubra, incluidos costos que son más que un beneficio máximo en particular.

Opciones de actualización a través de proveedores de red

Aunque el Plan no pagará mejoras u opciones, si usted acude a un proveedor de la red, puede recibir ciertas mejoras u opciones. Algunas opciones pueden estar disponibles sin costo alguno; otras pueden tener una tarifa fija. Sus costos dependen de las actualizaciones que elija.

También puede obtener descuentos en cirugías oculares láser. (Los beneficios no son pagaderos para cirugía ocular láser).

Obtenga respuestas a sus preguntas sobre actualizaciones y opciones comunicándose con Davis Vision o preguntándole a su proveedor de red.

Para localizar un proveedor de red cerca de usted, comuníquese con:

Davis Vision

(800) 999-5431

www.davisvision.com

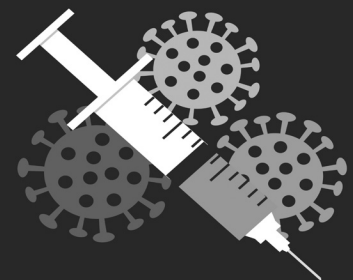
(Regístrese para obtener información detallada)

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

¡Protéjase!

¡Hable con su médico de atención primaria sobre qué vacunas son adecuadas para usted!

Las vacunas ayudan a protegerlo de contraer y propagar enfermedades graves que podrían tener como resultado problemas de salud, falta de trabajo, facturas médicas y la imposibilidad de cuidar a su familia. **¿Desea más información?** Visite www.cdc.gov



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 7.

 VISIÓN (continuación)**Qué paga el Plan**

El Plan paga el 100 % de los gastos cubiertos después de que usted realiza cualquier copago aplicable. Si usted acude a un proveedor fuera de la red, el Plan solo paga hasta el máximo indicado en la tabla para su cuidado de la vista.

Qué está cubierto

Los beneficios están disponibles cada año calendario. Por ejemplo, si tiene un examen y obtiene anteojos el 15 de enero de 2023, la próxima vez que el Plan cubriría su examen y anteojos sería el 1 de enero de 2024.

- Exámenes (incluyendo la dilatación cuando esté indicado profesionalmente).
- Imágenes de la retina proporcionadas por un proveedor de la red.
- Lentes de plástico, incluyendo monofocales, lentes bifocales, lentes trifocales o lentes lenticulares.
- Monturas
- Lentes de contacto estándar (desechables o de reemplazo planificado), incluyendo la evaluación y ajuste, en lugar de anteojos.
 - Los contactos de reemplazo planificados y desechables se suministrarán en cantidades determinadas por Davis Vision.
- Contactos médicamente necesarios, con autorización previa de Davis Vision.
- Servicios de baja visión proporcionados por un proveedor de la red, con autorización previa de Davis Vision:
 - Se cubre una evaluación de baja visión cada cinco años calendario, con un máximo de \$300.
 - Se cubren cuatro visitas de atención de seguimiento en un período de cinco años calendario, con un máximo de \$100 por visita.
 - Hasta \$600 para dispositivos de baja visión cada cinco años calendario, sujeto a un máximo de por vida de \$1,200.

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 7.

VISIÓN (continuación)

Lo que no está cubierto

La sección de su SPD titulada "Exclusiones y limitaciones generales" explica lo que el Plan no cubrirá. Además de esa lista, los siguientes tratamientos, servicios y suministros de la vista no están cubiertos por los beneficios de la vista:

- Imágenes de la retina proporcionadas por un proveedor fuera de la red.
- Lentes sin medida.
- Cualquier tipo de lente, montura, servicio, suministro u opción que no esté cubierta bajo el contrato de Davis Vision.
- Dos pares de anteojos en vez de bifocales.
- Lentes de contacto y anteojos durante el mismo año calendario.
- Servicios o suministros por visión disminuida que no sean previamente aprobados o que superen los límites del máximo o la frecuencia de beneficios especificados en el contrato con Davis Vision.
- Tratamiento médico de enfermedades o lesiones oculares (puede estar cubierto bajo "Beneficios médicos").
- Reemplazo de lentes de contacto, lentes o marcos perdidos o rotos, excepto según lo disponible bajo la garantía de Davis Vision.

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

¡La aplicación móvil del Portal para Miembros de UHH le brinda acceso a sus beneficios las 24 horas del día, los 7 días de la semana!

Escanee el código QR o busque "UHH Member Portal" en su tienda de aplicaciones.



IPHONE



ANDROID

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 7.

Beneficio para viajes y hospedaje

A partir del 20 de julio de 2022, se agregaron beneficios de viaje y alojamiento para ayudarlo si no tiene acceso a ciertos servicios en el estado en el que vive y si debe viajar más de 50 millas a otro estado para obtener estos servicios.

Comuníquese con Kaiser para obtener más información sobre cómo obtener ayuda para pagar el viaje y el alojamiento para obtener estos servicios, incluyendo cómo presentar un reclamo. Las reglas (por ejemplo, cuánto se le puede reembolsar, qué tipo de atención médica es elegible para reembolso de viaje y alojamiento, cómo se le reembolsa y dónde puede ir para recibir atención médica) pueden cambiar de vez en cuando. Llame a Kaiser al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación para obtener más información.

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

¡La buena salud empieza al conocer sus beneficios!

- Su información de beneficios más actualizada siempre está disponible en línea. Visite www.uhh.org/library para ver su SPD, SBC y otros SMM. Estos documentos lo ayudan a comprender cuáles son sus beneficios y cómo usarlos. También le informan las reglas y regulaciones del plan.
- Sus Benefits at a Glance (Beneficios a simple vista), una descripción general de sus beneficios en un formato fácil de leer, también está en línea. Vaya a www.uhh.org y seleccione su plan.



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.

VISION

Los cambios descritos en este SMM también afectan su Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, por sus siglas en inglés). Recuerde, usted siempre puede obtener una copia de su SBC visitando **www.uhh.org/library** o llamando al (833) 637-3519.

Cambios en su beneficio de la visión

A partir del 1 de enero de 2023, finalizarán el beneficio básico de la vista, el beneficio de Vision Plus y los beneficios de la vista en virtud de los beneficios dentales/de la vista gratuitos para la familia. Un nuevo beneficio de la vista autofinanciado administrado por Davis Vision reemplazará todos estos beneficios de la vista, a partir del 1 de enero de 2023. Estos reclamos no se coordinarán con ningún otro plan.

Si necesita presentar un reclamo, envíelo dentro de los 365 días a:

Davis Vision Vision Care Processing Unit

PO Box 1525
Latham, NY 12110

Por lo general, si acude a un proveedor de Davis Vision, usted no tiene que presentar un reclamo por atención oftalmológica porque los proveedores de Davis Vision presentarán el reclamo en su nombre. Sin embargo, si necesita presentar un reclamo porque usó un proveedor que no está en la red de Davis Vision, envíelo dentro de los 365 días posteriores a la fecha en que se incurrió en el reclamo a: Davis Vision, Vision Care Processing Unit (Unidad de procesamiento de atención de la vista), P.O. Box 1525, Latham, NY 12110.



(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.

VISION (continuación)

Si su apelación para beneficios es denegada total o parcialmente, usted puede presentar una apelación. Se aplica un nivel de apelación a las reclamaciones de Davis Vision. Consulte su SPD para obtener más información sobre cómo presentar apelaciones para reclamos con un nivel de apelación.

El siguiente lenguaje reemplaza los beneficios actuales de la visión en su SPD:

Beneficios oftalmológicos

UNITE HERE HEALTH ha contratado a Davis Vision para administrar los beneficios oftalmológicos provistos a usted y a sus dependientes.

Beneficios dentales: lo que usted paga		
Beneficios cubiertos una vez cada año calendario	Proveedor de la red Davis Vision	Proveedor fuera de la red
Examen de la vista	\$0 de copago	\$0 copago; \$75 máximo
Imágenes retinales	\$20 de copago	No cubierto
Lentes	\$0 de copago	\$0 copago; \$175 máximo para todos los materiales, evaluaciones y accesorios combinados
Monturas	\$0 copago para armazones de la colección Davis Fashion, Designer o Premier \$0 copago; \$150 beneficio máximo para todos los demás marcos	
Lentes de contacto electivos, en vez de anteojos	Copago de \$0 para lentes de contacto de la colección Davis Copago de \$0; Máximo de beneficio de \$150, más un máximo de beneficio de \$60 para la evaluación y ajuste, para todos los demás contactos	
Lentes de contacto médicamente necesarios	\$0 de copago	

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.

VISIÓN (continuación)

Proveedores de la red versus proveedores fuera de la red

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

Lo que usted paga

Usted paga cualquier copago indicado en el gráfico al inicio de esta sección. También paga cualquier gasto que el Plan no cubra, incluidos costos que son más que un beneficio máximo en particular.

Opciones de actualización a través de proveedores de red

Aunque el Plan no pagará mejoras u opciones, si usted acude a un proveedor de la red, puede recibir ciertas mejoras u opciones. Algunas opciones pueden estar disponibles sin costo alguno; otras pueden tener una tarifa fija. Sus costos dependen de las actualizaciones que elija.

También puede obtener descuentos en cirugías oculares láser. (Los beneficios no son pagaderos para cirugía ocular láser).

Obtenga respuestas a sus preguntas sobre actualizaciones y opciones comunicándose con Davis Vision o preguntándole a su proveedor de red.

Para localizar un proveedor de red cerca de usted, comuníquese con:

Davis Vision

(800) 999-5431

www.davisvision.com

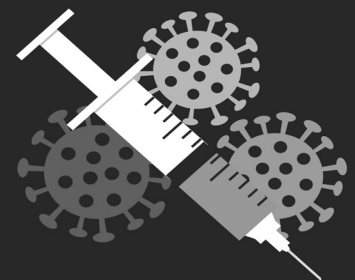
(Regístrese para obtener información detallada)

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

¡Protégase!

¡Hable con su médico de atención primaria sobre qué vacunas son adecuadas para usted!

Las vacunas ayudan a protegerlo de contraer y propagar enfermedades graves que podrían tener como resultado problemas de salud, falta de trabajo, facturas médicas y la imposibilidad de cuidar a su familia. **¿Desea más información?** Visite www.cdc.gov



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.

VISIÓN (continuación)

Qué paga el Plan

El Plan paga el 100 % de los gastos cubiertos después de que usted realiza cualquier copago aplicable. Si usted acude a un proveedor fuera de la red, el Plan solo paga hasta el máximo indicado en la tabla para su cuidado de la vista.

Qué está cubierto

Los beneficios están disponibles cada año calendario. Por ejemplo, si tiene un examen y obtiene anteojos el 15 de enero de 2023, la próxima vez que el Plan cubriría su examen y anteojos sería el 1 de enero de 2024.

- Exámenes (incluyendo la dilatación cuando esté indicado profesionalmente).
- Imágenes de la retina proporcionadas por un proveedor de la red.
- Lentes de plástico, incluyendo monofocales, lentes bifocales, lentes trifocales o lentes lenticulares.
- Monturas
- Lentes de contacto estándar (desechables o de reemplazo planificado), incluyendo la evaluación y ajuste, en lugar de anteojos.
 - Los contactos de reemplazo planificados y desechables se suministrarán en cantidades determinadas por Davis Vision.
- Contactos médicamente necesarios, con autorización previa de Davis Vision.
- Servicios de baja visión proporcionados por un proveedor de la red, con autorización previa de Davis Vision:
 - Se cubre una evaluación de baja visión cada cinco años calendario, con un máximo de \$300.
 - Se cubren cuatro visitas de atención de seguimiento en un período de cinco años calendario, con un máximo de \$100 por visita.
 - Hasta \$600 para dispositivos de baja visión cada cinco años calendario, sujeto a un máximo de por vida de \$1,200.

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.

VISIÓN (continuación)

Lo que no está cubierto

La sección de su SPD titulada “Exclusiones y limitaciones generales” explica lo que el Plan no cubrirá. Además de esa lista, los siguientes tratamientos, servicios y suministros de la vista no están cubiertos por los beneficios de la vista:

- Imágenes de la retina proporcionadas por un proveedor fuera de la red.
- Lentes sin medida.
- Cualquier tipo de lente, montura, servicio, suministro u opción que no esté cubierta bajo el contrato de Davis Vision.
- Dos pares de anteojos en vez de bifocales.
- Lentes de contacto y anteojos durante el mismo año calendario.
- Servicios o suministros por visión disminuida que no sean previamente aprobados o que superen los límites del máximo o la frecuencia de beneficios especificados en el contrato con Davis Vision.
- Tratamiento médico de enfermedades o lesiones oculares (puede estar cubierto bajo “Beneficios médicos”).
- Reemplazo de lentes de contacto, lentes o marcos perdidos o rotos, excepto según lo disponible bajo la garantía de Davis Vision.

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

¡La aplicación móvil del Portal para Miembros de UHH le brinda acceso a sus beneficios las 24 horas del día, los 7 días de la semana!

Escanee el código QR o busque “UHH Member Portal” en su tienda de aplicaciones.



IPHONE



ANDROID

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.

AUDICIÓN

Nuevo beneficio de audífono auditivos agregado

A partir del 1 de enero de 2023, ¡se agrega un beneficio de audífonos auditivos a su plan! (Los **exámenes** de audición están cubiertos por sus beneficios médicos). Se agrega una nueva sección titulada "Beneficio de audífonos auditivos" a su SPD para leer:

Beneficio de Aparatos auditivos

Este beneficio solo está disponible si está cubierto por la sección titulada "Beneficios médicos de PPO".

El Plan brinda beneficios para audífonos recetados por cualquier profesional de la salud auditiva con licencia, incluidos audiólogos, otólogos u otorrinolaringólogos. Debe recibir servicios mientras esté cubierto por el Plan. Si lo examinan y se ordena un audífono, pero su elegibilidad finaliza antes de obtener el audífono, no se pagan beneficios a menos que el audífono se entregue dentro de los 60 días posteriores a su examen y no más de 30 días después de que finalice su cobertura.

Beneficio de Aparatos auditivos	Qué paga el Plan
Beneficio máximo cada 3 años calendario	El Plan paga 100% hasta \$3,000

Qué paga el Plan

El Plan pagará el 100% hasta \$3,000 cada tres años calendario. El beneficio máximo se mide a partir del 1 de enero del año calendario en el que se incurre por primera vez en los gastos cubiertos por audífonos.

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.

AUDICIÓN (continuación)

Lo que no está cubierto

Además de la sección titulada "Exclusiones y limitaciones generales" en su SPD, lo siguiente no está cubierto por el beneficio de audífonos:

- Exámenes de audición (los exámenes están cubiertos por sus beneficios médicos).
- Audífonos auditivos no recetados por un profesional de la salud con licencia.
- Servicios de terapia del habla, lecturas del habla o lecciones de lectura de labios.
- Alquiler o compra de amplificadores.
- Una vez que alcance su beneficio máximo, reemplazo de un audífono por cualquier motivo hasta el comienzo de un nuevo período de beneficios de tres años calendario.
- Reparación de audífonos auditivos.
- Baterías para audífonos auditivos.

MÉDICA

Los PSA están cubiertos hasta los 69 años

Un SMM reciente mostró que las pruebas de antígeno prostático específico (PSA) están cubiertas una vez cada 12 meses para hombres de 40 a 60 años. Sin embargo, las pruebas de PSA están cubiertas una vez cada 12 meses para hombres de 40 a **69** años.

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.

MÉDICA (continuación)

Dirección de presentación de reclamos de PPO

Opciones de beneficios médicos de PPO: Reclamos médicos/quirúrgicos y de salud mental/abuso de sustancias

Los proveedores de la red por lo general presentarán el reclamo por usted. Sin embargo, si necesita presentar un reclamo, por ejemplo porque usó un proveedor fuera de la red, todos los reclamos por tratamiento hospitalario, médico o quirúrgico deben enviarse por correo a Horizon Blue Cross y Blue Shield of New Jersey.

Todos los reclamos por tratamiento brindado fuera de Nueva Jersey deben enviarse por correo al plan local de Blue Cross Blue Shield donde recibió tratamiento.

Sin embargo, los reclamos de reembolso por alimentos médicos y gastos de viaje y alojamiento deben enviarse a UNITE HERE HEALTH. Asegúrese de incluir un formulario de reclamo completo y recibos detallados.

Envíe sus reclamos por
tratamiento hospitalario,
médico o quirúrgico a:

Horizon Blue Cross and Blue Shield of New Jersey

P. O. Box 1219
Newark, NJ 07101-1219

Envíe sus reclamos de
alimentos médicos y gastos
de viaje y alojamiento a:

UNITE HERE HEALTH

Attention: Claims Manager
P.O. Box 6020
Aurora, IL 60598-0020

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

¡La buena salud empieza al conocer sus beneficios!

- Su información de beneficios más actualizada siempre está disponible en línea. Visite www.uhh.org/library para ver su SPD, SBC y otros SMM. Estos documentos lo ayudan a comprender cuáles son sus beneficios y cómo usarlos. También le informan las reglas y regulaciones del plan.
- Sus Benefits at a Glance (Beneficios a simple vista), una descripción general de sus beneficios en un formato fácil de leer, también está en línea. Vaya a www.uhh.org y seleccione su plan.



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.

MÉDICA (continuación)

Cambios en su beneficio de viaje y alojamiento

Este cambio solo se aplica si está inscrito en el beneficio médico PPO.

A partir del 1 de julio de 2022, el Fondo amplió su beneficio de viaje y alojamiento para ayudarlo a obtener atención médica que no está disponible cerca de su hogar.

	Qué paga el Plan
Transporte y alojamiento	El Plan paga el 100% hasta \$10,000 por episodio de atención, incluyendo hasta \$200 por día para alojamiento y hasta \$50 por día para gastos de comida

El siguiente texto reemplaza el gasto de viaje y alojamiento cubierto en la sección Beneficios médicos de su SPD:

Reembolso por costos razonables de viaje, alojamiento y comida para obtener tratamiento médico cubierto que no está disponible de un proveedor de la red dentro de las 100 millas de su hogar. Aplican las siguientes reglas:

- Excepto en situaciones limitadas, el Plan generalmente requiere que obtenga una autorización previa de estos gastos para recibir el reembolso. Asegúrese de comunicarse con el Fondo antes de obtener servicios para obtener más información.
- No están cubiertos los gastos que no sean primordialmente ni esenciales para la atención médica.
- Los costos de viaje, alojamiento y comidas de otra persona que viaje con usted (el mismo día que usted) también estarán cubiertos.
- Los gastos de viaje son reembolsables para pasajes aéreos o ferroviarios a la tarifa económica, taxi o transporte terrestre, o reembolso de millaje según la tarifa actual emitida por el IRS para la ruta más directa entre su residencia y las instalaciones. Los gastos de peaje y estacionamiento también se consideran gastos de viaje subvencionables.

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.

MÉDICA (continuación)

- Los gastos que no estén directamente relacionados con el viaje y el alojamiento no están cubiertos. Esto incluye, pero no se limita a: alcohol, tabaco, lavandería, limpieza en seco, teléfono, cargos que excedan las tarifas de clase turista, seguro de viaje o de viaje personal, cuidado de niños, cuidado de niños o perreras, reembolso por salarios perdidos, cargos relacionados con un persona de apoyo familiar no incurrido durante su estadía en la instalación, mantenimiento del automóvil, ropa, entretenimiento, flores, tarjetas, papelería, servicios domésticos, cargadores de teléfonos celulares, servicios de mucama, depósitos de seguridad, artículos de tocador, multas o sanciones de tránsito.
- El reembolso está limitado a \$10,000 por episodio de atención combinado para usted y su compañero de viaje. Esto incluye hasta \$200 por día para alojamiento y hasta \$50 por día para costos de comidas para usted y su compañero de viaje combinados.
- Debe proporcionar al Plan los recibos y cualquier información necesaria para procesar su reclamo.
- Debe participar en cualquier programa de administración de casos requerido por el Fondo.
- No puede obtener un reembolso por los gastos relacionados con su participación en un ensayo clínico o por servicios fuera de los Estados Unidos.
- El Fondo puede organizar o pagar por adelantado ciertos costos de viaje o alojamiento en lugar de exigirle que pague usted mismo y luego solicite el reembolso.

Si su reembolso excede ciertos límites del IRS, se considera “ingreso imputado” (beneficios que no forman parte de su salario pero que se gravan como ingresos) y el Fondo le enviará un formulario de impuestos. Más detalles sobre el beneficio están disponibles a pedido.

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