



FOX VALLEY & VICINITY LABORERS

HEALTH AND WELFARE AND PENSION FUNDS

DATE: October 1, 2015
 TO: Eligible Participants, Retirees, and Beneficiaries
 FROM: Board of Trustees
 SUBJECT: Fox Valley Laborers Health and Welfare Plan
 Summary of Material Modifications

BOARD OF TRUSTEES WELFARE FUND

Management:

Michael Shales, Chairman

John P. Bryan

Al Orosz

Union:

Corey R. Johnson, Secretary

Vernon Bauman

David B. Sheahan

PENSION FUND

Management:

Michael Shales, Chairman

John P. Bryan

Al Orosz

Union:

Vernon Bauman, Secretary

Martin D. Dwyer

Corey R. Johnson

Please read this letter carefully and keep it with your copy of Summary Plan Description booklet. The letter contains information on new programs and clarification of existing plan provisions provided by your Health and Welfare Plan. If you have any questions, please contact the Fund Office at 1-847-742-0900.

Mental Disorder Treatment

The Plan provides benefits for mental disorder treatment. Allowable charges incurred for mental disorder treatment will be paid at 90% (80% if outside of the PPO Network) after the annual deductible for each eligible participant or eligible dependent each calendar year. Allowable mental disorder treatment charges count towards satisfaction of the Out-of-Pocket limit and are then paid in accordance with that provision. Charges for mental disorder treatment are covered when provided by a licensed psychiatrist or Doctor of Medicine. Treatment may be covered when provided by a clinical psychologist, licensed clinical professional counselor, or a licensed social worker if the treatment is prescribed by and under the ongoing supervision of a licensed psychiatrist or Doctor of Medicine (M.D.) or Doctor of Osteopathy (D.O.).

A mental disorder treatment is any illness:

- identified in the current edition of the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*. For the purpose of this benefit, it excludes psychological and/or physiological dependence or addiction to alcohol or psychoactive drugs or medications, regardless of any underlying physical or organic cause (treatment for these may be covered under the substance abuse benefit); and,
- where the psychotherapy or other psychotherapeutic methods are the primary sources of treatment.

All inpatient services given by a mental health facility or area of a hospital that provides mental health or substance abuse treatment for an illness identified in the DSM are covered by the Plan.

Detoxification services, adjustment reactions, developmental delays, and marriage and family counseling are not considered under this Plan to be mental disorder treatment.

Immunizations – Participant and Spouse

The Plan provides benefits for charges for immunizations rendered to an eligible participant or an eligible spouse. Payment is 100% of the allowable charges. The individual annual deductible does not need to be satisfied before receiving benefits.

The Plan provides benefits for charges for Hepatitis B inoculations rendered to an eligible participant. Payment is 100% of the allowable charge. The individual annual deductible does not need to be satisfied before receiving benefits.

Immunizations – Dependent Children

The Plan provides benefits for charges for vaccinations, immunizations, and laboratory tests that are required by the school for children in the school system and mandated by the Board of Education for eligible dependent children. Payment is 100% of the allowable charges. The individual annual deductible does not need to be satisfied before receiving benefits.

Prescription Drug Clinical Management Programs

The prescription drug vendor (CVS/Caremark) provides certain programs to help determine the appropriateness of the prescribed drug therapy, including specialty medications. Examples of these programs that are currently already in place include Prior Authorization and Specialty Guideline Management. These programs evaluate the appropriateness of certain therapies according to evidence-based guidelines both before the initiation of the therapy and on an ongoing basis. These types of clinical programs help ensure patient safety, efficacy and optimal therapeutic benefit. These programs are periodically reviewed and adjusted. A description of additional clinical management programs which may apply to you follows:

Generic Step Therapy: Generic Step Therapy is required for certain brand name drugs effective March 1, 2015. Two generic drugs must be tried before the brand name drug is covered. Examples of conditions subject to generic step therapy are high cholesterol, acne, high blood pressure. If you or your eligible dependent is currently taking a brand name drug that is included in the Generic Step Therapy program, you will receive a letter from CVS/Caremark explaining the generic alternatives for that specific brand name drug. If you need to take a new prescription that is part of this program, please ask your doctor to prescribe the generic first. If you are prescribed a

brand drug and the prescription rejects at the pharmacy, please contact your doctor and ask the office to send a prescription for the generic to the pharmacy. If you or your dependent has a unique medical situation that requires you to keep taking the brand name drug, your doctor can contact CVS/Caremark to request a prior authorization for the brand name drug. If you or your dependent requests a brand name drug when a generic substitution is required, you will pay the copayment for the brand name drug and the difference between the contracted price of the brand name drug less the remaining contracted price of the generic substituted drug.

Compound Drugs: A compound drug is one that is made by combining, mixing or altering ingredients, in response to a prescription, to create a customized drug that is not otherwise commercially available. Compound drugs generally require prior authorization effective November 1, 2014. If you or your eligible dependent are prescribed a drug that requires compounding by the pharmacy, CVS/Caremark will conduct a prior authorization review and provide authorization to your doctor before the drug is covered by the Plan. Coverage will be denied for any compound drug, including patches or creams, that includes a component that is not FDA approved for that use, such as certain bulk powders.

Specialty Drugs: All specialty drugs prescribed by your physician must be dispensed by CVS Caremark's specialty pharmacy. In addition to dispensing the drugs, the specialty pharmacy provides you with:

- Personalized pharmacy care management services
- Convenient delivery to you, your doctor's office or a local CVS pharmacy
- Medicine and disease-specific education and information
- Ongoing support.

Contact CVS Caremark at 1-800-824-6349 for more information.

Specialty Guideline Management and Specialty Preferred Drug Programs: Additional specialty drugs are being added to the Specialty Guideline Management program effective August 1, 2015 for therapies such as cardiac disorders, pain management, inflammatory bowel disease, pulmonary arterial hypertension, renal disease, rheumatoid arthritis, alcohol and opioid dependency, etc. This is not a complete list. Contact CVS Caremark at 1-800-824-6349 for more information. If you are currently taking a drug that requires review, CVS/Caremark will work with you and your doctor to assist you through the review process. If a medication that is preferred under the

Specialty Preferred Drug program is an option for the patient but the patient chooses to use a non-preferred drug, that drug may not be covered.

Physical Exam Benefit – Participant and Spouse: The Plan provides benefits for an annual routine physical exam performed by a Medical Doctor (M.D. or D.O.) for an eligible participant and eligible spouse. Benefits include expenses incurred for X-ray and laboratory tests. Payment is 100% of the allowable charges. The individual annual deductible does not need to be satisfied before receiving benefits.

The following expenses are not covered:

- Charges for services or supplies that are covered in whole or in part under any other provisions of the Plan
- Any expense for a physical exam that is not performed by a physician
- Charges that exceed allowable charges
- Any expense incurred in connection with an illness or injury.

Physical Exam Benefit – Dependent Children: The Plan provides benefits for a school physical for athletic participation and school physical required by the school for children in the school system and mandated by the Board of Education for eligible dependent children. Payment is 100% of the allowable charges. The individual annual deductible does not need to be satisfied before receiving benefits.

Well Baby Care

The Plan provides benefits for pediatric visits and related laboratory services incurred by an eligible dependent child during the first 24 months following birth. The individual annual deductible does not need to be satisfied before receiving benefits.

Statement of Grandfathered Plan Status: The Fox Valley Laborers Health and Welfare Fund believes this plan is a “grandfathered health plan” under the Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA). As permitted by PPACA, a grandfathered health plan can preserve certain basic health coverage that was already in effect when the law was enacted. Being a grandfathered health plan means that your plan may not include certain consumer protections of PPACA that apply to other plans, for example, the requirement for the provision of preventive health services without any cost sharing. However, grandfathered health plans must comply with certain other consumer protections in PPACA, for example, the elimination of lifetime limits on benefits.

Questions regarding which protections apply and which protections do not apply to a grandfathered health plan and what might cause a plan to change from grandfathered health plan status can be directed to the Plan Administrator at 1-847-742-0900. You may also contact the Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor at 1-866-444-3272 or www.dol.gov/ebsa/healthreform. This website has a table summarizing which protections do and do not apply to grandfathered health plans.

SUMMARY OF MATERIAL MODIFICATIONS – OCTOBER 2015 – EIN: 36-6219639 – PLAN NO.501
This announcement contains highlights of certain features of the Fox Valley Laborers Health and Welfare Plan. Full details are contained in the documents that establish the Plan provisions. If there is a discrepancy between the language contained in this announcement and the documents that establish the Plan, the document language will govern and control. The Trustees reserve the right to amend, modify or terminate the



FOX VALLEY & VICINITY LABORERS

HEALTH AND WELFARE AND PENSION FUNDS

DATE: October 1, 2015
TO: Participantes, beneficiarios y jubilados
FROM: Board of Trustees
SUBJECT: Fox Valley Laborers Health and Welfare Plan
Resumen de las modificaciones sustanciales

BOARD OF TRUSTEES WELFARE FUND

Management:

Michael Shales, Chairman

John P. Bryan

Al Orosz

Union:

Corey R. Johnson, Secretary

Vernon Bauman

David B. Sheahan

PENSION FUND

Management:

Michael Shales, Chairman

John P. Bryan

Al Orosz

Union:

Vernon Bauman, Secretary

Martin D. Dwyer

Corey R. Johnson

Por favor lea esta carta y guardar su copia del folleto Resumen Plan de descripción. La carta contiene información sobre nuevos programas, aclaración de disposiciones vigentes del plan proporcionado por su Plan de bienestar y salud. Si usted tiene alguna pregunta, póngase en contacto con la oficina del fondo en 1-847-742-0900.

Tratamiento trastorno mental

El Plan proporciona beneficios para el tratamiento del trastorno mental. Permitido gastos incurridos para el tratamiento del trastorno mental serán pagados en 90% (80% si fuera de la red de PPO) después el deducible anual para cada participante elegible o dependientes elegibles cada año. Trastorno mental admisible tratamiento contar hacia la satisfacción del límite de su propio bolsillo y luego se pagan con arreglo a esa disposición. Cargos para el tratamiento de trastorno mental están cubiertos cuando suministrado por un psiquiatra licenciado o Doctor en medicina. Tratamiento puede estar cubierto cuando proporcionada por un psicólogo clínico, licenciado consejero profesional clínico o trabajadora social licenciada si el tratamiento es prescrito por y bajo la continua supervisión de un psiquiatra licenciado o Doctor de la medicina (M.D.) o Doctor de Osteopatía (D.O.).

El tratamiento de un trastorno mental es cualquier enfermedad:

- identificados en la edición actual del diagnóstico y Manual estadístico de trastornos mentales (DSM). A los efectos de este beneficio, excluye la dependencia psicológica o fisiológica o adicción al alcohol o drogas psicoactivas o medicamentos, independientemente de cualquier subyacente física u orgánica causan (tratamiento para éstos puede ser cubierto por el beneficio de abuso de sustancias); y,
- donde la psicoterapia u otros métodos psicoterapéuticos son las principales fuentes de tratamiento.

Todos los servicios para pacientes hospitalizados por un área de un hospital o centro de salud mental proporciona salud mental o abuso de sustancias de tratamiento para una enfermedad identificada en el DSM son cubiertos por el Plan.

Servicios de desintoxicación, reacciones de ajuste, retrasos en el desarrollo y el matrimonio y orientación familiar no se consideran en este Plan para ser tratamiento de trastorno mental.

La inmunización, participante y Esposo

El Plan proporciona beneficios para cargos de vacunas a un participante elegible o un cónyuge elegible. Pago es el 100% de los cargos permitidos. El deducible anual individual no necesita ser satisfecho antes de recibir beneficios.

El Plan proporciona beneficios para cargos de vacunas de Hepatitis B a un participante elegible. Pago es el 100% de la carga permitida. El deducible anual individual no necesita ser satisfecho antes de recibir beneficios.

La inmunización de niños dependientes

El Plan proporciona beneficios para gastos de vacunas, inmunizaciones y pruebas de laboratorio que son requeridas por la escuela para los niños en el sistema escolar y el mandato de la Junta de educación para los hijos dependientes elegibles. Pago es el 100% de los cargos permitidos. El deducible anual individual no necesita ser satisfecho antes de recibir beneficios.

Programas de gestión clínica de drogas de prescripción

El vendedor de drogas de prescripción (CVS/Caremark) ofrece programas para ayudar a determinar la conveniencia de la terapia de drogas prescritas, incluyendo medicamentos de especialidad. Estos programas que actualmente ya existen ejemplos de autorización y gestión de pauta de especialidad. Estos programas evaluación la conveniencia de ciertas terapias según pautas evidencia-basadas ambos antes de la iniciación de la terapia y de manera continua. Estos tipos de programas clínicos ayudan a garantizar la seguridad del paciente, eficacia y beneficio terapéutico óptimo. Estos programas son periódicamente revisados y ajustados. Una descripción de programas de gestión clínica adicional que se aplica a lo siguiente:

Terapia paso general: Terapia de paso genérico es necesaria para ciertos fármacos de marca eficaces 01 de marzo de 2015. Dos medicamentos genéricos deben ser juzgados antes de que se cubra el medicamento de marca. Ejemplos de condiciones sujeto a la terapia de paso genérico son colesterol alto, acné, presión arterial alta. Si usted o sus dependientes elegibles está tomando actualmente un medicamento de marca que se incluye en el programa de terapia paso genérico, usted recibirá una carta de CVS/Caremark explicando las alternativas genéricas de ese medicamento de

marca específica. Si usted necesita tomar una nueva receta que forma parte de este programa, por favor pregúntele a su médico a prescribir el genérico primero. Si se prescribe un medicamento de marca y los rechazos de la prescripción en la farmacia, por favor comuníquese con su médico y preguntar a la oficina para enviar una receta para el genérico a la farmacia. Si usted o su dependiente tiene una única situación médica que necesita seguir tomando el medicamento de marca, su médico puede contactar con CVS/Caremark para solicitar una autorización previa para....

Medicamentos compuestos: Un medicamento compuesto es aquel que es hecho por combinar, mezclar o alterar, en respuesta a una receta, los ingredientes para crear un medicamento personalizado que no es de otra manera disponible en el mercado. Medicamentos compuestos generalmente requieren autorización efectiva 01 de noviembre de 2014. Si usted o sus dependientes elegibles prescriben un medicamento que requiere la composición de la farmacia, CVS/Caremark llevará a cabo una revisión de la autorización previa y autorizar a su médico antes de que el medicamento está cubierto por el Plan. Cobertura se negará cualquier medicamento compuesto, incluyendo parches o cremas, que incluye un componente que no es FDA aprobada para ese uso, como ciertos polvos a granel.

Drogas Especialidad: Deben dispensar todos los medicamentos de especialidad prescritos por su médico por farmacia de especialidades de CVS Caremark. Además de dispensar los medicamentos, la farmacia de especialidades te ofrece:

- Servicios de gestión de atención personalizada farmacia
- Entrega conveniente para usted, el consultorio de su médico o una Farmacia CVS
- Información y educación específica de la enfermedad y medicina Apoyo continuo.

CVS Caremark en 1-800-824-6349 de contacto para obtener más información.

Especialidad gestión de pauta y de la especialidad preferían programas contra las drogas: Medicamentos de especialidad adicionales están siendo agregado al programa de especialidad orientación gestión eficaz 01 de agosto de 2015 para terapias tales como trastornos cardíacos, manejo del dolor, la enfermedad inflamatoria intestinal, hipertensión arterial pulmonar, enfermedad renal, artritis reumatoide, alcohol y dependencia de opiáceos, etc.. Esta no es una lista completa. Para obtener más información, póngase en contacto con CVS Caremark en 1-800-824-6349. Si usted está tomando un

medicamento que requiere revisión, CVS/Caremark trabajará con usted y su médico para ayudarle a través del proceso de revisión. Si un medicamento que se prefiere bajo el programa de especialidad medicina preferida es una opción para el paciente pero el paciente decide utilizar un medicamento no preferido, esa droga puede no estar cubierta

Examen físico, participante y Esposo: El Plan proporciona beneficios para un examen físico de rutina anual realizada por un médico (M.D. o D.O.) para un participante elegible y elegible cónyuge. Los beneficios incluyen gastos para pruebas de laboratorio y rayos x. Pago es el 100% de los cargos permitidos. El deducible anual individual no necesita ser satisfecho antes de recibir beneficios.

No están cubiertos los siguientes gastos:

- Cargos por servicios o suministros que son cubiertos en su totalidad o en parte bajo otras disposiciones del Plan de
- Cualquier gasto para un examen físico que no se realiza por un médico
- Cargos que excedan los cargos permitidos por
- Cualquier gasto incurrido en relación con una enfermedad o lesión.

Examen físico, hijos a cargo: El Plan proporciona beneficios para una escuela de física para participación atlética y escuela física requerida por la escuela para los niños en el sistema escolar y el mandato de la Junta de educación para los hijos dependientes elegibles. Pago es el 100% de los cargos permitidos. El deducible anual individual no necesita ser satisfecho antes de recibir beneficios.

Bien cuidados del bebé

El Plan contempla beneficios visitas pediátricas y servicios de laboratorio relacionados incurridos por un niño dependiente elegible durante los primeros 24 meses después del nacimiento. El deducible anual individual no necesita ser satisfecho antes de recibir beneficios.

Declaración del Plan Grandfathered Status: El zorro Valle trabajadores salud y fondo de bienestar cree que este plan es un "plan de salud grandfathered" bajo la protección del paciente y ley de atención asequible (PPACA). Lo permitido por la PPACA, un plan de salud grandfathered puede conservar cierta cobertura de salud básica que ya estaba en efecto cuando la ley fue promulgada. Ser que un plan de salud grandfathered significa que su plan no puede incluir cierta protección al consumidor de PPACA que se aplican a otros planes, por ejemplo, el requisito para la prestación de salud preventiva servicios sin cualquier costo compartido. Sin embargo, bisabuelos

planes deben cumplir con ciertas otras protecciones al consumidor en PPACA, por ejemplo, la eliminación de los límites de por vida sobre los beneficios de salud.

Preguntas que aplican protecciones que protecciones no se aplican a un plan de salud grandfathered y qué puede hacer un plan para cambiar de grandfathered health plan y estado pueden ser dirigidas al administrador del Plan al 1-847-742-0900. También puede comunicarse con la administración de seguridad de beneficios de empleado, Departamento de trabajo de E.U. al 1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa/healthreform. Este sitio web tiene una tabla que resume que las protecciones y no se aplican a los planes de salud grandfathered.

*SUMMARY OF MATERIAL MODIFICATIONS – OCTOBER 2015 – EIN: 36-6219639 – PLAN NO.501
Este anuncio contiene destacados de ciertas características del Fox Valley
trabajadores salud y Plan de bienestar. Todos los detalles están contenidos en los
documentos que establecen las disposiciones del Plan. Si hay una discrepancia
entre la lengua contenida en este anuncio y los documentos que establecen el
Plan, la lengua de documento gobernar y controlar. Los administradores reservan
el derecho de enmendar, modificar o cancelar el Plan en cualquier momento.
Recepción de este anuncio no garantiza elegibilidad.*